N° 82-619-MIF au catalogue — N° 001
ISSN: 1715-3034
ISBN: 0-662-74289-3

Descriptions des états de santé au Canada

Descriptions des états de santé au Canada : Cancers

par William K. Evans, Sarah K. Connor Gorber, Selene T. Spence et B. Phyllis Will

Groupe d'analyse et de mesure de la santé
24e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, K1A 0T6

Téléphone: 1 613 951-1804

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à ligne info-médias, Division des communications, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : (613) 951-4636).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web.

Service national de renseignements	1 800 263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1 800 363-7629
Renseignements concernant le Programme des services de dépôt	1 800 700-1033
Télécopieur pour le Programme des services de dépôt	1 800 889-9734
Renseignements par courriel	infostats@statcan.ca
Site Web	www.statcan.ca

Renseignements pour accéder au produit

Le produit nº 82-619-MIF au catalogue est disponible gratuitement. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.ca et de choisir la rubrique Nos produits et services.

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136. Les normes de service sont aussi publiées dans le site www.statcan.ca sous À propos de Statistique Canada > Offrir des services aux Canadiens.

Descriptions des états de santé au Canada : cancers

Citation recommandée :

Evans WK, Connor Gorber SK, Spence ST, Will BP, pour le programme Impact sur la santé de la population (ISP) des maladies au Canada. Descriptions des états de santé au Canada : cancers. Statistique Canada nº 82-619MIF2005001 au catalogue. Ottawa : Statistique Canada; 2005.

Ce document fait partie d'une série qui couvre les principaux groupes de maladies affectant les Canadiens. Cette information qui vise principalement à établir les descriptions des maladies qui seront utilisées dans le programme de recherche Impact sur la santé de la population (ISP) des maladies au Canada, aidera les chercheurs à comprendre comment nous avons calculé nos estimations. Elle sera également utile aux professionnels de la santé, aux groupes de défense des patients et aux Canadiens qui désirent avoir un aperçu de la façon dont le cancer influe sur le fonctionnement quotidien aux divers stades de son évolution et de son traitement.

Les personnes suivantes ont collaboré au présent document :

Sarah Connor Gorber	Rédactrice responsable du contenu	Charlotte Clarke	Graphisme
Kellie Murphy	Assistante de recherche	Francine Simoneau	Production électronique
Kathy White	Rédactrice en chef	Shannon McPhail	Production électronique
Julie Bernier	Vérification de traduction		

Chefs d'équipe d'Impact sur la santé de la population (ISP) des maladies au Canada :

Julie Bernier	William Flanagan	Éric Jenkins
Jean-Marie Berthelot	Sarah Connor Gorber	Christel Le Petit
Jane Boswell-Purdy	Stephanie Jackson	Kathy White

Le présent document a été produit dans le cadre du programme de recherche Impact sur la santé de la population des maladies au Canada, fruit de la collaboration de Statistique Canada, de l'Agence de santé publique du Canada et de chercheurs de l'Université McGill, de l'Université d'Ottawa, de l'Université du Manitoba, de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) et de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie. L'ISP est financé par Statistique Canada et l'Agence de santé publique du Canada.

Statistique Canada
Groupe d'analyse et de mesure de la santé

Descriptions des états de santé au Canada :

Cancers

William K. Evans, Sarah K. Connor Gorber, Selene T. Spence et B. Phyllis Will

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2005

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication peut être reproduit, en tout ou en partie, et par quelque moyen que ce soit, sans autre permission de Statistique Canada sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux, et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou « Adapté de », s'il y a lieu) : Statistique Canada, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire quelque contenu de la présente publication, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, ou de le transmettre sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

Août 2005

N° 82-619-MIF au catalogue, n° 001
Périodicité : hors série

ISSN 1715-3034
ISBN 0-662-74289-3

Ottawa

This publication is also available in English (Catalogue No. 82-619-MIE, No. 001).

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Contexte : descriptions des états de santé au Canada

Ce document fournit des descriptions normalisées des principaux états de santé associés à la progression et au traitement d'une maladie. Ces descriptions constituent la première étape de la mesure de l'impact de vivre avec la maladie et son traitement sur la qualité de vie du point de vue du bien-être physique, mental et social.

Cette approche repose sur un nouvel outil de mesure de la santé fonctionnelle. La douleur, la limitation du fonctionnement physique ou l'angoisse peuvent, entre autres, limiter la capacité d'une personne de participer aux activités de la vie quotidienne. Nous utilisons le Système de classification et de mesure de la santé fonctionnelle (CLAMES), qui comporte onze dimensions englobant le bien-être physique, social et mental. Chacune de ces dimensions comprend quatre ou cinq niveaux qui mesurent les capacités fonctionnelles : le niveau 1 indique l'absence de limitations, par exemple, « en général, absence de douleur ou de malaise ». Le tableau 1 donne la liste complète des niveaux pour chacune des dimensions.

Pour chaque état de santé, allant du diagnostic initial à la rémission ou aux soins palliatifs, nous décrivons un cas « typique» basé sur une revue de la littérature et l'expérience clinique. Bien que chaque personne vivra une expérience unique, ces descriptions générales sont nécessaires pour mesurer la santé à l'échelle de la population.

Ces descriptions ont été utilisées pour obtenir des scores de préférence auprès de panels de Canadiens à l'aide de la théorie de l'utilité. Les scores de préférence, qui indiquent la préférence relative pour un état de santé comparativement à la pleine santé, nous aident à comprendre comment les Canadiens perçoivent les divers aspects de la santé fonctionnelle. En s'ajoutant aux données sur l'incidence et la durée, les scores de préférence enrichissent les estimations de l'impact sur la population canadienne des maladies et des facteurs de risque qui y sont associés.

Mesurées en termes d'années de vie perdues et d'équivalents-années perdus en raison de capacités réduites à cause de la maladie, ces estimations nous permettent d'évaluer combien d'années de vie–et combien d'années de vie en santé–sont perdues pour chaque maladie ou facteur de risque. Elles fournissent des réponses aux questions du type « Quel serait l'impact de la réduction de l'obésité sur la santé des Canadiens? », tant sur le plan du nombre de vies sauvées que sur le plan de l'amélioration de la santé pendant toute la vie.

Ce document fait partie d'une série qui couvre les principaux groupes de maladies affectant les Canadiens. Cette information, qui vise principalement à établir les descriptions des maladies qui seront utilisées dans le programme de recherche Impact sur la santé de la population (ISP) des maladies au Canada, aidera les chercheurs à comprendre comment nous avons calculé nos estimations. Elle sera également utile aux professionnels de la santé, aux groupes de défense des patients et aux Canadiens qui désirent avoir un aperçu de la façon dont le cancer influe sur le fonctionnement quotidien aux divers stades de son évolution et de son traitement.

Des renseignements additionnels sur le programme de recherche Impact sur la santé de la population (ISP) des maladies au Canada et sur l'élaboration de ces estimations sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/phi-isp/index_f.html.

Tableau 1

Système de classification et mesure de la santé fonctionnelle

Dimensions de base

Douleur ou malaise

1 En général, absence de douleur ou de malaise
2 Douleur ou malaise léger
3 Douleur ou malaise modéré
4 Douleur ou malaise intense

Fonctionnement physique

1 Aucune limitation du fonctionnement physique en général
2 Légère limitation du fonctionnement physique
3 Limitation modérée du fonctionnement physique
4 Limitation grave du fonctionnement physique

État émotif

1 Heureux et aimant la vie
2 Assez heureux
3 Plutôt malheureux
4 Très malheureux
5 Malheureux au point de penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue

Fatigue

1 Vous n'éprouvez généralement pas de sentiment de fatigue ou de manque d'énergie
2 Vous éprouvez parfois un sentiment de fatigue et de manque d'énergie
3 Vous éprouvez la plupart du temps un sentiment de fatigue et de manque d'énergie
4 Vous éprouvez constamment un sentiment de fatigue et de manque d'énergie

Mémoire et pensée

1 Capable de se souvenir de la plupart des choses, de penser clairement et de résoudre les problèmes quotidiens
2 Capable de se souvenir de la plupart des choses, mais ayant un peu de difficulté à penser et à résoudre les problèmes quotidiens
3 Manquant un peu de mémoire, mais capable de penser clairement et de résoudre les problèmes quotidiens
4 Manquant un peu de mémoire et ayant un peu de difficulté à penser et à résoudre les problèmes quotidiens
5 Manquant beaucoup de mémoire et ayant beaucoup de difficulté à penser et à résoudre les problèmes quotidiens

Relations sociales

1 Capacité normale d'entretenir des relations sociales
2 Légère incapacité à entretenir des relations sociales
3 Incapacité modérée à entretenir des relations sociales
4 Incapacité grave à entretenir des relations sociales
5 Incapable d'avoir des relations sociales

suite à la page suivante...

105-06570/

Dimensions supplémentaires

Angoisse

1 Généralement pas angoissé
2 Vous éprouvez une angoisse légère et ce de façon occasionnelle
3 Vous éprouvez une angoisse modérée et ce de façon régulière
4 Une angoisse grave est éprouvée la plupart du temps

Parole

1 Vous pouvez vous faire comprendre parfaitement en parlant à des étrangers ou à des amis
2 Vous pouvez vous faire comprendre en partie en parlant à des étrangers, mais vous pouvez vous faire comprendre parfaitement en parlant à des personnes qui vous connaissent bien
3 Vous pouvez vous faire comprendre en partie en parlant à des étrangers et à des personnes qui vous connaissent bien
4 Incapable de vous faire comprendre en parlant à d'autres personnes

Ouïe

1 Capable d'entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes, sans appareil auditif
2 Capable d'entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une personne dans une pièce tranquille, avec ou sans appareil auditif, mais ayant besoin d'un appareil auditif pour entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes
3 Capable d'entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une personne dans une pièce tranquille, avec ou sans appareil auditif, mais incapable d'entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes
4 Incapable d'entendre même avec un appareil auditif

Vue

1 Capable de voir suffisamment pour lire un journal ordinaire et reconnaître un ami de l'autre côté de la rue, avec ou sans lunettes ou lentilles cornéennes
2 Incapable de voir suffisamment pour reconnaître un ami de l'autre côté de la rue, même avec des lunettes ou des lentilles cornéennes, mais vous pouvez voir suffisamment pour lire un journal ordinaire
3 Incapable de voir suffisamment pour lire un journal ordinaire, même avec des lunettes ou des lentilles cornéennes, mais vous pouvez voir suffisamment pour reconnaître un ami de l'autre côté de la rue
4 Incapable de voir suffisamment pour lire un journal ordinaire ou de reconnaître un ami de l'autre côté de la rue, même avec des lunettes ou des lentilles cornéennes

Dextérité

1 Usage complet des mains et des doigts
2 Limitations dans l'usage des mains et des doigts; pas besoin d'outils spéciaux ou de l'assistance d'une autre personne
3 Limitations dans l'usage des mains et des doigts; indépendant avec des outils spéciaux et pas besoin de l'assistance d'une autre personne
4 Limitations dans l'usage des mains et des doigts; besoin de l'assistance d'une autre personne pour certaines tâches
5 Limitations dans l'usage des mains et des doigts; besoin de l'assistance d'une autre personne pour la plupart des tâches

Cancers

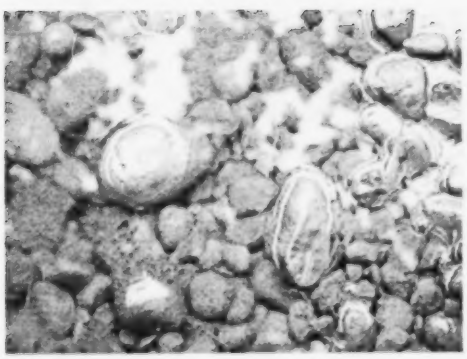


Table des matières

Note au lecteur 2

Tableau sommaire 3

Introduction 4

Les types de cancer 6

- Cancer de l'estomac
- Cancer colorectal
- Cancer du pancréas
- Cancer du poumon
- Cancer du sein
- Cancer de la prostate
- Cancer de la vessie
- Cancer du rein
- Lymphome non hodgkinien
- Leucémie

Au moment du diagnostic 19

- Cancers avec un très bon pronostic
- Cancers avec un pronostic assez bon
- Cancers avec un mauvais pronostic
- Maladie métastatique
- Leucémie

Options thérapeutiques 23

- Chirurgie
- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Hormonothérapie
- Greffe de moelle osseuse

États de santé subséquents 32

- Rémission
- Récidive
- Soins palliatifs et terminaux

Références 36

Note au lecteur

Comment lire la classification :

Les états de santé sont classés au moyen de onze dimensions, comportant chacune 4 ou 5 niveaux. Le niveau 1 indique l'absence de limitations, alors qu'au niveau 4 ou 5, les limitations sont les plus importantes. **Prière de noter que ces niveaux constituent une forme abrégée de la classification : il ne s'agit pas de mesures sur une échelle d'intervalles***. Une liste complète des dimensions et des niveaux est fournie au tableau 1.

À titre d'exemple, nous pouvons examiner deux états de santé, le premier décrivant l'état de santé au moment du diagnostic d'un cancer de très bon pronostic et le deuxième décrivant l'état de santé dans le cas d'un cancer plus avancé durant le dernier mois de vie, durant les soins terminaux.

Les personnes porteuses d'un cancer du sein débutant (très bon pronostic) pourraient être décrites de la façon suivante :

Plutôt malheureux (niveau 3 de État émotif)
Légère incapacité à entretenir des relations sociales (niveau 2 de Relations sociales)
Vous éprouvez une angoisse modérée et ce de façon régulière (niveau 3 de Angoisse)

De base						Complémentaire				
1	1	3	1	1	2	3	1	1	1	1

En comparaison, les personnes durant leur dernier mois de vie pourraient être décrites de la façon suivante :

Douleur ou malaise intense (niveau 4 de Douleur ou malaise)
Limitation grave du fonctionnement physique (niveau 4 du Fonctionnement physique)
Très malheureux (niveau 4 de État émotif)
Vous éprouvez constamment un sentiment de fatigue et de manque d'énergie (niveau 4 de Fatigue)
Manquant un peu de mémoire et ayant un peu de difficulté à penser et à résoudre les problèmes quotidiens (niveau 4 de Mémoire et pensée)
Incapacité grave à entretenir des relations sociales (niveau 4 de Relations sociales)
Vous éprouvez une angoisse modérée et ce de façon régulière (niveau 3 de Angoisse)
Limitations de l'usage des mains ou des doigts et a besoin de l'aide d'une autre personne pour certaines tâches (niveau 4 de Dextérité)

Cet état est représenté par

De base						Complémentaire				
4	4	4	4	4	4	3	1	1	1	4

La classification des principaux états de santé durant l'évolution et le traitement du cancer sont fournis dans le tableau sommaire.

* Par exemple, la différence entre le niveau 1 et le niveau 2 n'est pas la même qu'entre le niveau 3 et le niveau 4. En outre, les dimensions n'ont pas toutes la même importance sur le plan des préférences à l'égard des états de santé. Pour plus d'information sur les préférences à l'égard des états de santé mesurées avec ces scores, prière de se reporter à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/phi-isp/index_f.html.

Tableau sommaire :
Classification des états de santé liés au cancer

État de santé	Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
					Dimension et niveau						
					Au moment du diagnostic						
Catégorie pronostique											
Très bon pronostic	1	1	3	1	1	2	3	1	1	1	1
Pronostic assez bon	2	2	3	2	1	2	3	1	1	1	1
Mauvais pronostic	2	2	3	2	1	3	3	1	1	1	1
Maladie métastatique	3	2	4	3	2	3	4	1	1	1	1
Leucémie											
Leucémie lymphoïde chronique	2	2	2	2	1	2	3	1	1	1	1
Leucémie aiguë lymphoblastique chez l'enfant	2	3	3	3	1	3	3	1	1	1	1
					Traitements						
Chirurgie											
Période suivant chirurgie à l'hôpital	2	3	3	3	1	3	3	1	1	1	1
Période suivant chirurgie en externe	2	2	3	2	1	2	3	1	1	1	1
Radiothérapie											
Curative	3	2	3	3	1	2	3	1	1	1	1
Palliative	2	3	4	4	2	4	3	1	1	1	1
Chimiothérapie											
Toxicité légère	2	2	3	3	2	3	3	1	1	1	1
Toxicité modérée	2	2	3	3	2	3	3	1	1	1	2
Toxicité importante	2	2	3	3	2	4	3	1	1	1	2
Hormonothérapie	1	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1
Période postopératoire suivant greffe de moelle osseuse	3	2	2	2	1	3	3	1	1	1	1
					États de santé subséquents						
Rémission											
Après la chirurgie	2	2	2	2	1	3	2	1	1	1	1
Après la radiothérapie	2	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1
Après la chimiothérapie	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1
Après l'hormonothérapie	1	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1
Soins palliatifs	3	3	4	3	2	4	3	1	1	1	3
Soins terminaux	4	4	4	4	4	4	3	1	1	1	4

Introduction

Les cellules cancéreuses prolifèrent de façon anormale, anarchique et progressive. Les tumeurs malignes tendent à envahir les tissus avoisinants et à produire des métastases (propagation de la maladie dans d'autres régions du corps loin du siège de la tumeur primitive).

La plupart des cancers sont classés au moyen d'un système de stadification basé sur la taille de la tumeur, l'importance de l'envahissement ganglionnaire et les signes de métastase. De façon générale, les options thérapeutiques pour les cancers débutants (localisés) visent à assurer un contrôle local. Le traitement des cancers régionaux plus avancés visent un contrôle loco-régional, avec une probabilité de « guérison » moindre*. Les cancers diagnostiqués au stade le plus avancé ont déjà métastasé et se sont disséminés dans d'autres régions du corps et, à quelques exceptions près, sont traités dans une optique palliative en vue d'allonger la durée de survie, de maintenir la qualité de vie et de traiter les symptômes liés aux cancers, lorsqu'une visée curative n'est pas possible.

L'impact psychosocial d'un diagnostic de cancer ne peut être sous-estimé. « Il faut s'attendre à une détresse psychologique aiguë lorsqu'un patient songe aux répercussions du cancer : décès possible, douleur, dépendance vis-à-vis des autres, incapacité, préjudices esthétiques et perte de fonction, qui peuvent tous mettre en péril ses relations avec les autres » [Traduction][1]. À partir de cette description, on peut présumer que la plupart des cas ressentent les contrecoups affectifs associés au diagnostic initial de même qu'au fait de savoir qu'ils pourraient avoir à suivre un traitement pendant des mois.

L'incertitude et l'angoisse risquent d'être le lot du patient « en rémission », jusqu'à ce qu'il soit « guéri » ou que son cancer récidive. Si le cancer réapparaît, le patient doit faire face à un plus grand nombre d'options diagnostiques et thérapeutiques et encore plus d'incertitude. Les patients qui se font dire qu'il n'existe plus de méthodes pour traiter leur cancer doivent apprivoiser leur mortalité et composer avec des mois de soins palliatifs et terminaux.

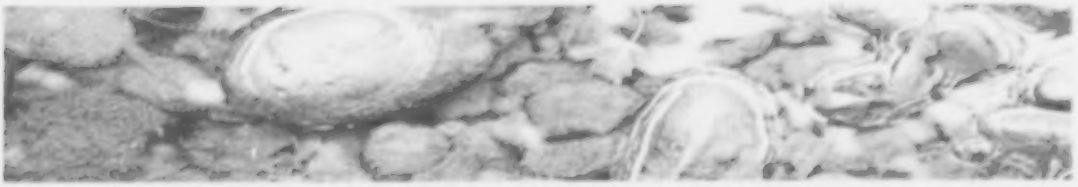
Le présent document examine l'état physique et affectif des personnes au moment du diagnostic de cancer et lors de l'application des modalités thérapeutiques les plus courantes, comme la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie (pour le cancer de la prostate). Les effets à long terme de ces traitements sont examinés de même que les limitations fonctionnelles associées aux soins palliatifs et terminaux.

Le document débute par un aperçu de la progression et du traitement des trois cancers les plus fréquemment diagnostiqués dans chaque

* Bien que l'on reconnaisse généralement que les patients ne sont pas « guéris », les cliniciens envisagent le traitement dans une visée curative.

groupe : vessie, sein, prostate (très bon pronostic), colorectal, lymphome non hodgkinien, rénal (pronostic assez bon); poumon, pancréas, estomac (mauvais pronostic). Ces neuf cancers représentent près de 72 % de tous les cas (estimés) qui ont été diagnostiqués en 2002.[2] Deux types de leucémie sont également décrits : la leucémie lymphoïde chronique (leucémie la plus répandue chez les adultes) et la leucémie aiguë lymphoblastique (la plus répandue chez les enfants).

Dans les sections suivantes, nous décrivons et classons les états de santé lors du diagnostic, au moment de recevoir le traitement et les états de santé subséquents, notamment la rémission, les soins palliatifs et les soins terminaux. Il convient de rappeler que les personnes évolueront d'un état de santé à l'autre.



Les types de cancer

Cette section donne un aperçu des symptômes et du traitement habituel de neuf cancers fréquemment diagnostiqués au Canada. Le code de la classification internationale des maladies (CIM) est donné pour chaque type de cancer. Nous nous sommes inspirés de la littérature sur ces cancers pour élaborer des descriptions génériques de trois catégories pronostiques; ces descriptions sont fournies dans la prochaine section (page 19). Ces neuf cancers sont les trois cancers les plus fréquents dans chaque catégorie pronostique. Un aperçu de deux types de leucémie est également offert.

Cancer de l'estomac (gastrique) (CIM-9 151)

En 2002, un cancer de l'estomac a été diagnostiqué chez environ 1 800 hommes et 1 000 femmes au Canada. Le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas s'élevait à 70 %; il occupe ainsi le troisième rang parmi les cancers dont le pronostic général est le plus sombre, après le cancer du pancréas et du poumon. La plupart des cas sont diagnostiqués à un stade avancé, avec une forte probabilité d'envahissement des organes adjacents, tels que la rate ou le pancréas. La tumeur peut également se propager directement à l'œsophage ou au duodénum. Dans environ la moitié des tumeurs réséquées, on observe un envahissement du système lymphatique.

L'incidence du cancer de l'estomac est à la baisse en Amérique du Nord, alors que la maladie est considérée comme épidémique au Japon, en Europe de l'Est et en Amérique du Sud. Au cours des deux dernières décennies, malgré la baisse générale de l'incidence, on a enregistré une augmentation des cancers de l'estomac proximal (siégeant dans la partie supérieure de l'estomac), qui sont généralement assortis d'un pronostic plus défavorable que les cancers au niveau du corps ou de l'antre de l'estomac. Le cancer de l'estomac a été associé à plusieurs facteurs de risque : consommation de viande et de poisson salés ou fumés, présence de nitrate dans l'eau potable, tabagisme et régimes alimentaires pauvres en protéines animales et en graisses. En outre, les patients qui ont subi une ablation partielle de l'estomac (gastrectomie partielle) pour une maladie ulcéreuse et ceux qui souffrent d'anémie pernicieuse courent un risque accru de cancer gastrique.

Les patients peuvent consulter pour divers symptômes, notamment perte de poids, fatigue, perte d'appétit et inconfort épigastrique; à ce moment-là, une étude du transit baryté ou une endoscopie haute (avec biopsie) est généralement réalisée. Pour la faible proportion de maladies localisées (moins de 10 %), la chirurgie à visée curative est le traitement de choix, mais on ne s'entend pas du tout sur les avantages de la gastrectomie totale par rapport à la gastrectomie partielle ni sur l'ampleur de la dissection ganglionnaire (lymphadénectomie)

requise. Les symptômes consécutifs à la gastrectomie peuvent inclure une difficulté à avaler, des ballonnements, de la diarrhée, des bouffées de chaleur après les repas et la perte de poids. Les patients qui n'ont subi qu'une gastrectomie partielle éprouvent moins de symptômes et déclarent avoir ainsi une meilleure qualité de vie que les patients dont l'estomac a été complètement réséqué. La chimiothérapie (5-fluoro-uracile associé à la cisplatine) est devenue le traitement type du cancer gastrique avancé. Une chirurgie palliative est envisagée lorsqu'il y a douleur, hémorragie, perforation ou obstruction, mais est associée à un taux élevé de morbidité postopératoire.

Cancer colorectal (CIM-9 153 et 154)

En 2002, environ 17 600 nouveaux cas (9 500 hommes et 8 100 femmes) ont été diagnostiqués au Canada; le cancer colorectal (CCR) se classe donc au troisième rang des cancers les plus fréquents dans la population des deux sexes. La même année, quelque 6 600 décès dus au cancer colorectal ont été enregistrés, soit un ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas de 37 % (pronostic assez bon).

Des facteurs environnementaux, et en particulier l'apport alimentaire, peuvent causer ou promouvoir le cancer colorectal, qui survient habituellement chez les hommes et les femmes de plus de 40 ans. Un régime alimentaire riche en calories, en cholestérol et en graisses et faible en fibres semble être associé à un risque accru de CCR. Une forte consommation d'alcool et certaines expositions professionnelles, de même que des syndromes héréditaires peuvent également majorer le risque.

Bon nombre de patients atteints du CCR, ne présentent aucun symptôme, ce qui souligne l'importance des programmes de détection précoce et du dépistage. Les cas détectés lors du dépistage ont plus de chances d'être traités à un stade précoce et d'être guéris. Environ le tiers des cas sont diagnostiqués à chacun des trois stades : tumeur localisée, envahissement ganglionnaire régional ou métastases. Le foie est souvent envahi par les métastases dans le cancer colorectal. Le cancer du côlon symptomatique s'accompagne de douleurs abdominales intermittentes, de nausées ou de vomissements, alors que des saignements sont plus fréquents dans le cancer rectal symptomatique. De façon générale, le cancer rectal, qui représente près du tiers de tous les cas de CCR, est associé à un pronostic plus sombre que le cancer du côlon.

La chirurgie constitue le principal traitement des cas diagnostiqués de cancer du côlon non métastatique. Le curage ganglionnaire facilite la stadification et peut avoir une visée thérapeutique. Dans le cas d'un cancer rectal débutant, il faut toujours envisager une chirurgie qui préserve les sphincters avant de pratiquer une résection radicale. L'objectif thérapeutique pour les cancers rectaux localement avancés est de pratiquer une résection (ablation) complète de la tumeur tout en essayant de réduire au minimum l'incapacité fonctionnelle et la morbidité, telles que l'impuissance, les troubles urologiques et le recours obligé à une colostomie permanente (création chirurgicale d'une ouverture entre le côlon et la surface de la paroi abdominale). Près du tiers des patients atteints d'un cancer rectal auront besoin d'une colostomie permanente, mais la plupart des cancers du côlon peuvent être

traités sans anus artificiel. Les symptômes physiques qui se manifestent avant la chirurgie, tels que la perte d'appétit, des saignements, un ténesme (besoin impérieux d'aller à la selle) et une détresse psychologique, s'atténuent après le traitement.

La radiothérapie et la chimiothérapie adjuvantes peuvent réduire le risque de récidive locale du cancer rectal, mais sont associées à des effets toxiques. Le degré d'infiltration de la paroi intestinale et l'envahissement ou non des ganglions sont utilisés comme des indicateurs du risque d'échec local. L'association radiothérapie et chimiothérapie (chimio-irradiation) pour traiter le cancer rectal a un effet synergique. Elle réduit le risque d'échec local et de récidive extrapelvienne à distance.

Une chimiothérapie adjuvante après une résection chirurgicale peut être bénéfique pour certains cancers du côlon. Le traitement type du cancer colorectal systémique avancé consiste en une polychimiothérapie (particulièrement au 5-fluoro-uracile ou 5-FU et à l'acide folinique avec ou sans autre médicament). Comme dans la majorité des cas de récidive le cancer réapparaît dans les deux années qui suivent le traitement initial, un suivi systématique, de préférence par coloscopie, est généralement entrepris.

Une prise en charge efficace par chirurgie peut permettre aux patients de mener une vie normale. Toutefois, si une colostomie est nécessaire, les patients peuvent, par gêne, limiter leurs activités sociales. Des troubles sexuels sont souvent observés. Le cancer colorectal métastatique s'accompagne fréquemment d'une perte de poids, d'une perte d'appétit, de douleurs et d'une diminution progressive de la force et du bien-être général.

Cancer du pancréas (CIM-9 157)

Le pancréas est situé derrière l'estomac et devant la première et la deuxième vertèbre lombaire, dans la partie supérieure de l'abdomen. En 2002, un cancer du pancréas a été diagnostiqué chez quelque 1 550 hommes et 1 700 femmes au Canada. L'âge médian au moment du diagnostic était de 70 ans. Le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas pour le cancer du pancréas s'élevait à 99 %; cette forme de cancer s'accompagne donc du pronostic le plus sombre. Cela s'explique en partie par l'incapacité de diagnostiquer ce cancer avant qu'il ne soit devenu avancé localement (40 % des cas comportent un envahissement du duodénum ou du tissu mou péripancréatique et des ganglions lymphatiques régionaux) ou n'a pas métastasé (dans 40 % des cas, il y a atteinte viscérale, habituellement du foie). Moins de 20 % des cas sont porteurs d'une tumeur confinée au pancréas au moment du diagnostic et sont des candidats potentiels à la résection.

Plus la consommation de cigarettes est ancienne et importante, plus le risque de cancer du pancréas augmente. Les alimentations riches en graisses ou en viande et pauvres en fruits et légumes majorent le risque de ce type de cancer. Il semble en outre exister un lien entre une augmentation de l'incidence et la pancréatique chronique, le diabète sucré et certaines professions qui comportent une exposition de longue durée à des solvants et à des composés du pétrole. Les données sur l'impact de la consommation

de café et d'alcool ne sont pas concluantes. Récemment, l'obésité et l'inactivité physique ont également été associées au cancer du pancréas.

Les patients atteints de cette forme de cancer présentent généralement lorsqu'ils consultent un ictère obstructif et des douleurs abdominales hautes ou dorsales. Une perte marquée d'appétit, une intolérance au glucose, une perte de poids et de la fatigue sont des symptômes fréquemment observés. Comme rares sont les patients qui sont des candidats à la chirurgie, une évaluation pré-opératoire de la résectabilité est essentielle. La chirurgie consiste généralement en l'ablation du pancréas, du duodénum, de la vésicule biliaire et du canal biliaire (duodénopancréatectomie). Cette intervention est généralement suivie d'une reconstruction gastro-intestinale, qui peut être associée à diverses complications, notamment un retard de la vidange gastrique et une infection des plaies. Parmi les symptômes postopératoires possibles figurent la perte de poids, la soif, le besoin fréquent d'uriner, la fatigue et le diabète. Presque tous les patients souffrent de douleurs, souvent décrites comme rongeantes, persistantes, intenses et dévastatrices, au cours de leur maladie, au point où le désir de vivre de certains d'entre eux peut s'amenuiser. La chimiothérapie, en particulier la gemcitabine, peut être bénéfique dans les cas localement avancés et pour les cancers métastatiques.

Cancer du poumon (CIM-9 162)

En 2002, un cancer du poumon a été diagnostiqué chez environ 12 000 hommes et 8 800 femmes au Canada, ce qui en fait le deuxième cancer en importance chez les deux sexes. Près de 80 % de tous les cas diagnostiqués étaient âgés de plus de 60 ans. Les quelque 18 400 décès dus au cancer du poumon en 2002 (10 700 hommes et 7 700 femmes) représentent près de 28 % de tous les décès par cancer au Canada; cette maladie constitue donc la principale cause de décès par cancer. Le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas s'établissait à 88 % pour le cancer du poumon, comparativement à 48 % pour l'ensemble des cancers, ce qui le place dans la catégorie des cancers de « mauvais pronostic ».

Le facteur de risque prédominant du cancer du poumon est le nombre de cigarettes fumées et la durée du tabagisme. En outre, l'exposition à des substances cancérigènes telles que l'amiante, le radon, la fumée secondaire, les hydrocarbures, le chrome et le nickel semble majorer le risque de cancer du poumon. Le choix de la thérapie est dicté par le type histologique – cancer du poumon à petites cellules ou non à petites cellules – et l'extension de la maladie au moment du diagnostic. Le cancer du poumon non à petites cellules représente plus de 80 % des cas diagnostiqués. Près des deux tiers de tous les cancers du poumon sont diagnostiqués à des stades avancés, ce qui limite les options thérapeutiques.

Le cancer du poumon non à petites cellules débutant est habituellement traité de façon chirurgicale, par lobectomie (ablation d'un lobe du poumon) ou pneumonectomie (ablation du poumon entier). Parmi les cas diagnostiqués de cancer du poumon non à petites cellules localement avancés, un bon nombre seront traités par radiothérapie associée à une chimiothérapie. La maladie

métastatique s'accompagne souvent d'un taux élevé de comorbidité attribuable à une maladie concomitante liée au tabagisme, et les patients reçoivent une chimiothérapie palliative et des soins terminaux.

Les cas de cancer du poumon à petites cellules sont généralement traités par chimiothérapie et radiothérapie. La plupart des patients porteurs d'un cancer du poumon à petites cellules limité subissent également une irradiation crânienne prophylactique, qui est associée à une augmentation transitoire de la fatigue, des nausées et des vomissements.

Les patients atteints d'un cancer du poumon présentent souvent une toux persistante, une dyspnée (difficulté respiratoire), une diminution de l'appétit et des douleurs associées à une atteinte de la plèvre ou de la paroi thoracique. Plus de 80 % des cas diagnostiqués de cancer du poumon non à petites cellules non opérables se plaignent de fatigue, d'une humeur dépressive et d'une baisse d'énergie. Une diminution de la capacité pulmonaire à la suite de la chirurgie, de la radiothérapie ou d'une maladie pulmonaire sous-jacente liée au tabagisme entraîne souvent une réduction du fonctionnement physique et social.

Cancer du sein (CIM-9 174)

Le cancer du sein est la forme la plus fréquente de tumeur maligne chez les Canadiennes (le cancer du sein masculin est rare et nous n'en traiterons pas ici). En 2002, environ 20 500 femmes ont reçu un diagnostic de cancer du sein et 5 400 sont décédées des suites de la maladie. Le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas était de 26 %, ce qui en fait l'un des cancers dont le pronostic est le plus favorable. Bien que les taux d'incidence se soient stabilisés depuis le début des années 90, les taux de mortalité ont décliné depuis plus d'une décennie[2].

Un certain nombre de facteurs de risque contribuent au cancer du sein : premières règles à un jeune âge, nulliparité ou première grossesse menée à terme à un âge avancé, ménopause tardive, exposition à des toxines dans l'environnement, prédisposition génétique et recours à l'hormonothérapie substitutive. Les données sur l'effet de l'alimentation et de la consommation excessive d'alcool ne sont pas concluantes.

Dans environ 80 % des cas, les patientes présentent une masse palpable au sein et le diagnostic est confirmé par une biopsie à l'aiguille fine. À cause des meilleurs programmes de dépistage, notamment par mammographie, le cancer du sein au stade initial représente maintenant près de 90 % de tous les nouveaux cas (tumeur petite à moyenne, sans envahissement ganglionnaire ou avec envahissement ganglionnaire limité et sans signe de métastase). Les options thérapeutiques varient selon le stade de la maladie lors de la première consultation pour des symptômes, selon l'âge (près de 80 % des cas surviennent chez les femmes de 50 ans et plus) et selon que la patiente est ménopausée ou non et le statut des récepteurs hormonaux de la tumeur.

La majorité des cancers du sein débutants sont traités par chirurgie conservatrice du sein (exérèse de la tumeur primitive et du tissu mammaire adjacent), suivie d'une radiothérapie. Les femmes porteuses d'une

tumeur loco-régionale subissent généralement une mastectomie radicale modifiée (ablation du sein avec curage axillaire) et bon nombre sont maintenant traitées par chimiothérapie préopératoire et radiothérapie postopératoire. Parmi les traitements types du cancer du sein métastatique, citons l'hormonothérapie ou la chimiothérapie.

Comme le cancer du sein figure parmi ceux qui évoluent le plus lentement, l'espérance de vie se mesure souvent en années ou en décennies, plutôt qu'en mois. La qualité de vie dépend grandement des problèmes d'estime de soi qu'éprouve la patiente en raison des changements dans son image corporelle et son fonctionnement sexuel. Après la chirurgie, de nombreuses femmes ont des séquelles au niveau du membre supérieur dues à un œdème du bras (lymphoedème) et craignent une récidive du cancer. Celles qui subissent une chimiothérapie et une radiothérapie présentent souvent une fatigue chronique, des nausées ou des douleurs, des bouffées de chaleur et des sautes d'humeur qui perturbent leur bien-être.

Cancer de la prostate (CIM-9 185)

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes au Canada. En 2002, environ 18 200 cas ont été diagnostiqués, et 4 300 hommes sont décédés de la maladie. Près du tiers des hommes de plus de 50 ans qui meurent d'autres causes se révèlent être porteurs d'un cancer de la prostate à l'autopsie. Ce type de cancer ne devrait pas toutefois être considéré comme une maladie bénigne, car s'il n'est pas traité, il continue d'évoluer lentement mais sûrement[3]. L'incidence augmente plus rapidement avec l'âge dans le cas du cancer de la prostate que dans le cas de toute autre forme de cancer. Près de la moitié des nouveaux cas et environ 85 % des décès surviennent après l'âge de 70 ans.

L'augmentation du nombre de cas détectés au début des années 90 peut s'expliquer en partie par le recours accru à des techniques de dépistage, telles que le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) et l'échographie transrectale (ETR). Comme les androgènes favorisent la croissance de la tumeur, les hommes présentant des taux élevés de testostérone courent un plus grand risque de développer un cancer de la prostate. Les régimes alimentaires riches en graisses mono-insaturées, l'exposition au cadmium et une prédisposition génétique sont également des facteurs de risque.

Comme la prostate entoure l'urètre, les patients atteints d'un cancer de la prostate ont souvent de la difficulté à uriner et présentent des symptômes comme un retard de la miction, une vidange incomplète de la vessie ou la présence de sang dans l'urine. Ils peuvent éprouver de la douleur ou une impuissance soudaine. La décision de prendre en charge le cancer débutant de la prostate par un traitement ou une observation attentive est controversée, étant donné que les deux principaux traitements du cancer localisé, la prostatectomie rétropubienne radicale (ablation de la prostate) ou la radiothérapie peut entraîner une incontinence urinaire et/ou une dysfonction érectile.

Le traitement du cancer de la prostate localement avancé consiste habituellement en une radiothérapie externe et une suppression androgénique. Les traitements à visée

curative sont souvent inefficaces, vu que bon nombre de patients présentent déjà des métastases occultes.

Dans environ 80 % des cas de maladie métastatique, les cellules cancéreuses ont envahi les ganglions lymphatiques et les os, ce qui peut nécessiter une radiothérapie palliative pour traiter la douleur osseuse de même qu'une suppression androgénique (castration chimique). Au nombre des effets secondaires figurent les bouffées de chaleur, l'augmentation de la fatigue, la perte de libido, l'impuissance et la prise de poids.

Le traitement au long cours comporte certaines complications, notamment l'ostéoporose, la dépression et une diminution de la masse musculaire. Les patients qui ont subi une prostatectomie peuvent limiter leurs activités sociales à cause de leurs préoccupations liées à l'incontinence urinaire. « Les patients atteints d'un cancer de la prostate considèrent la douleur, la fatigue, les troubles sexuels, la fréquence exagérée des mictions et l'incontinence ainsi que la limitation de leur vie professionnelle comme ayant le plus d'impact sur la qualité de leur vie »[4] [Traduction]. Le fardeau du cancer de la prostate sur le plan affectif et cognitif peut influer sur l'estime de soi, l'image personnelle, la masculinité et la sexualité.

Cancer de la vessie (CIM-9 188)

En 2002, environ 5 000 nouveaux cas de cancer de la vessie ont été diagnostiqués (3 700 hommes et 1 300 femmes, pour la plupart âgés de 70 ans et plus), ce qui en fait le sixième cancer le plus fréquent au Canada. Cette forme de cancer est considérée comme une maladie évitable puisque la plupart des cas résultent d'une exposition à des substances cancérigènes dans l'environnement. Il a été établi que l'importance et la durée de la consommation de tabac étaient corrélées à l'incidence du cancer de la vessie. Il existe également un risque professionnel élevé dans le cas des personnes qui sont exposées aux arylamines, telles que celles utilisées dans les industries de la peinture, du caoutchouc et des colorants. Le rapport hommes/femmes pour le cancer est d'environ trois pour un, mais dans les régions où les femmes sont nombreuses à fumer, cet écart peut être plus mince. Du fait que le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas pour le cancer de la vessie s'élève à 30 %, comparativement à 48 % pour l'ensemble des cancers, ce siège est classé parmi ceux qui s'accompagnent d'un très bon pronostic. Il convient de noter que le ratio dans le cas des femmes atteintes d'un cancer de la vessie est moins favorable, soit 36 % (pronostic assez bon).

L'hématurie (présence de sang dans l'urine) et des symptômes irritants tels que la fréquence des mictions (pollakiurie) sont les indicateurs les plus courants. La cystoscopie et la biopsie sont les méthodes de diagnostic auxquelles on a habituellement recours. Au moment de la première consultation pour des symptômes, près de 80 % de tous les cancers de la vessie sont considérés comme superficiels (se limitant à la muqueuse, à la sous-muqueuse ou au tissu conjonctif sous-jacent). Bien que les tumeurs de bas grade évoluent rarement, les carcinomes de la vessie ont souvent plusieurs foyers (plusieurs zones atteintes) et peuvent affecter tout l'arbre urinaire. Les tumeurs de plus haut grade qui envahissent les muscles risquent

beaucoup plus de métastaser. La résection transuréthrale (RTU) peut permettre un contrôle local de la plupart des lésions vésicales superficielles, mais ne peut prévenir la récidive.

Bien qu'il soit toujours souhaitable de préserver la vessie, la cystectomie (ablation partielle ou complète de la vessie), l'irradiation locale à fortes doses, l'immunothérapie intra vésicale et/ou la chimiothérapie sont souvent utilisées pour traiter localement un cancer de la vessie avec envahissement local sans métastase. Chez l'homme, la cystectomie radicale consiste en l'ablation non seulement de la vessie, mais aussi d'une partie de l'urètre, de la prostate et des ganglions lymphatiques pelviens régionaux, ce qui peut entraîner une dysfonction sexuelle si une chirurgie pour préserver l'innervation n'est pas pratiquée. Chez la femme, la cystectomie radicale comporte généralement l'ablation de la vessie, des ovaires, de l'utérus, de tout l'urètre, des ganglions lymphatiques et d'une portion de la paroi vaginale. Après une cystectomie, le patient doit se faire installer un remplacement vésical (une poche intestinale) ou une dérivation urinaire, qui peut être associée à de l'incontinence, à une impuissance chez l'homme et à des infections récurrentes. Dans les cas de cancer de la vessie avec extension régionale qui ne sont pas considérés comme de bons candidats pour la cystectomie, l'usage exclusif de la radiothérapie est une option thérapeutique, mais on peut également envisager de combiner des modalités thérapeutiques.

Les patients porteurs d'un cancer avancé peuvent présenter une hémorragie, des douleurs pelviennes ou lombaires, ou une obstruction rectale avec constipation. La radiothérapie ou la chimiothérapie peuvent atténuer les symptômes et l'administration d'une polychimiothérapie peut prolonger la survie de certaines populations de patients.

Cancer du rein (CIM-9 189)

En 2002, un cancer du rein a été diagnostiqué chez environ 2 500 hommes et 1 500 femmes; c'est le septième cancer en importance au Canada. Le cancer du rein à cellules claires est la forme la plus fréquente, représentant environ 85 % des cas. Le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas s'établissait à 36 % (pronostic assez bon), comparativement à une moyenne de 48 % pour l'ensemble des cancers. La plupart des cas sont diagnostiqués entre 50 et 70 ans. Au nombre des facteurs de risque, citons la vie en milieu urbain, la consommation de cigarettes, l'abus d'analgésiques, l'obésité et l'exposition à des toxines environnementales (amiante et cadmium).

Lorsqu'ils consultent, environ 45 % des patients présentent une maladie localisée, 25 % sont porteurs d'un cancer localement avancé et 30 % souffrent d'une maladie métastatique (généralement au niveau des poumons, des os ou du cerveau). Dans bien des cas, les cancers du rein sont découverts fortuitement durant des interventions radiologiques telles qu'une échographie ou une tomodensitométrie (CT scan). Les patients sont souvent asymptomatiques jusqu'à ce que la maladie atteigne un stade plus avancé, et ils peuvent présenter alors des douleurs, de l'hématurie (présence de sang dans l'urine) et une masse au flanc.

Le traitement type du cancer rénal localisé consiste en une néphrectomie radicale ou partielle (ablation complète ou partielle du rein). Une ablation des ganglions lymphatiques (lymphadénectomie régionale) est généralement pratiquée en même temps. Bien que la dissection des ganglions lympathiques soit utile pour l'établissement du stade, le débat se poursuit quant à son effet sur la survie. La chirurgie radicale comporte l'ablation du rein et des tissus environnants, y compris de la glande surrénale. Lorsque les deux reins sont atteints, un rein est enlevé et une néphrectomie partielle est pratiquée si possible sur l'autre. La chirurgie radicale et la dialyse éventuellement suivie plus tard d'une greffe de rein est l'option la moins privilégiée.

Si la chirurgie permet souvent de guérir un cancer du rein localisé, le traitement de la maladie métastatique est par contre généralement inefficace. La chirurgie palliative du cancer rénal métastatique guérit rarement la maladie mais peut allonger la durée de survie. La radiothérapie palliative peut soulager la douleur, mais le cancer du rein à cellules claires semble être résistant à la chimiothérapie et ne répond pas à l'hormonothérapie.

Bon nombre de patients porteurs d'un cancer du rein présentent des symptômes généraux : anémie associée à la perte de sang dans l'urine, fièvre, fatigue, malnutrition, cachexie et perte de poids.

Lymphome non hodgkinien (CIM-9 200 et 202)

En 2002, un lymphome non hodgkinien (LNH) a été diagnostiqué chez environ 6 300 Canadiens (3 400 hommes et 2 900 femmes); il s'agit du cinquième cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada. Le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas s'élevait à 45 % (pronostic assez bon). L'âge médian au moment du diagnostic est de 65 ans, mais l'incidence culmine dans le groupe des 80 à 85 ans.

Les LNH forment un groupe hétérogène de cancers qui se développent au sein du système lymphoïde, lequel inclut les ganglions lymphatiques de même que des sièges extraganglionnaires comme l'estomac, l'intestin grêle, la peau et l'encéphale. Les lymphocytes sont produits par les ganglions lymphatiques et assurent une immunité contre l'infection : les lymphocytes B produisent des anticorps alors que les lymphocytes T contribuent à l'immunité à médiation cellulaire. L'exposition à des toxines dans l'environnement, des infections virales ou des déficits immunitaires congénitaux ou acquis peuvent entraîner la transformation des lymphocytes en lymphomes malins, les lymphomes B étant plus répandus que les lymphomes T. La proportion de personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui développent un LNH peut atteindre 30 % et près de la moitié des LNH sont associés à une infection par le virus Epstein-Barr. Les patients qui subissent une transplantation d'organe et reçoivent des médicaments immunosuppresseurs risquent de développer un LNH.

Les LNH sont divisés un peu paradoxalement en lymphomes « indolents » (incurables) et « agressifs » (potentiellement curables). Les lymphomes indolents s'accompagnent habituellement d'un envahissement général des ganglions lymphatiques, de la rate, du foie ou de la moelle osseuse et sont

considérés comme incurables. Le plus souvent, cependant, ils progressent lentement et dans jusqu'à la moitié des cas diagnostiqués, le traitement initial peut être reporté pendant plusieurs années (« attente sous surveillance »). Dans le cas de certains patients, cette absence de traitement peut créer du stress et de l'angoisse. Pour la plupart des patients souffrant d'un LNH indolent, le principal objectif du traitement est d'obtenir une longue durée de survie avec une bonne qualité de vie. Lorsque les symptômes caractéristiques des lymphomes, tels que la perte d'appétit, la fièvre et la transpiration, apparaissent, un traitement s'impose. On observe fréquemment une faiblesse, un malaise, un manque d'appétit, une diminution de la résistance, en plus d'une lymphadénopathie inconfortable (tuméfaction des ganglions lymphatiques).

Le traitement des LNH indolents débutants reposent soit sur la chimiothérapie ou la radiothérapie localisée. Les cas de maladie symptomatique avancée sont souvent traités par un seul agent chimiothérapeutique ou une association médicamenteuse, et près des trois quarts d'entre eux obtiennent une rémission complète. La grande majorité deviendront cependant résistants au traitement et connaîtront à un moment donné une récidive. Approximativement 40 % des LNH indolents se transformeront en lymphomes agressifs diffus.

Environ les trois quarts des patients porteurs d'un LNH « agressif » qui consultent pour des symptômes présentent un cancer à un stade avancé, lequel peut évoluer rapidement. Dans les cas cependant où la réponse au traitement est complète, une guérison est toujours possible. Le traitement type consiste en l'administration d'un seul agent chimiothérapeutique, avec ou sans irradiation des aires atteintes, dans le cas d'un cancer débutant et d'une polychimiothérapie exclusive dans les cancers avancés. La polychimiothérapie provoque, comme on le sait, de nombreux effets toxiques, notamment perte de cheveux, nausées, fatigue, constipation et aplasie médullaire. Dans les cas de récidive après une rémission, la chimiothérapie de rattrapage suivie d'une autogreffe de moelle osseuse constitue le seul traitement qui permette d'obtenir une rémission de longue durée.

Leucémie (CIM-9 204)

La leucémie est un cancer qui intéresse les tissus hématopoïétiques de l'organisme, notamment la moelle osseuse et le système lymphatique. Le terme veut dire « sang blanc » en grec, vu que le sang prend une couleur blanchâtre en raison de l'accumulation anormale de globules blancs (lymphocytes) qui entrave la production de globules rouges normaux dans la moelle osseuse. La leucémie est classée selon le type de lymphocytes en cause (lymphoïde ou lymphoblastique et myéloïde) et sa vitesse d'apparition (aiguë ou chronique). Dans cette maladie, la production de globules rouges et de plaquettes est également altérée, ce qui peut entraîner de la fatigue associée à l'anémie ou à des hémorragies ou une tendance à faire des ecchymoses par suite de troubles de la coagulation.

En 2002, quelque 3 650 nouveaux cas de leucémie (2 100 hommes et 1 550 femmes) ont été diagnostiqués au Canada. Chez les adultes, on distingue quatre principaux types de leucémie : aiguë lymphoblastique (LAL),

aiguë myéloïde (LAM), lymphoïde chronique (LLC) et myéloïde chronique (LMC). Bien qu'on puisse penser que la leucémie est une maladie de l'enfant, les adultes risquent dix fois plus d'en souffrir. En 2002, la leucémie a été diagnostiquée chez moins de 350 enfants au Canada.

L'étiologie de la leucémie demeure passablement obscure, bien que l'exposition postnatale aux rayonnements (doses thérapeutiques pour des pathologies ou irradiation dans un contexte militaire) ait été proposée comme facteur de risque des leucémies aiguës. La leucémie a une prédominance masculine, elle est plus fréquente chez les personnes de race blanche et les membres des groupes socio-économiques plus favorisés et a été associée à l'exposition au benzène et à d'autres toxines, au radon, à la fumée de cigarette et à certains virus. Les personnes nées avec le syndrome de Down (trisomie 21) risque vingt fois plus de développer une leucémie. Les lésions chromosomiques consécutives à l'administration d'agents chimiothérapeutiques ont été liées au développement de leucémies secondaires.

Bien que la leucémie puisse se manifester de diverses façons, l'anémie, la thrombocytopénie (diminution du nombre de plaquettes sanguines) et une fatigue intense et persistante sont des signes et symptômes initiaux courants. Une hypertrophie du foie et de la rate ainsi qu'une tuméfaction des ganglions lymphatiques peuvent également être présentes. Il faut effectuer une ponction et une biopsie de la moelle osseuse pour établir un diagnostic de certitude de la leucémie. Dans les leucémies aiguës, les symptômes apparaissent généralement de façon plus soudaine, alors que dans les leucémies chroniques, leur apparition est plus graduelle et l'évolution plus lente. Le présent chapitre traite de deux types de leucémie : la leucémie lymphoïde chronique (LLC), qui est la plus répandue chez les adultes, et la leucémie aiguë lymphoblastique (LAL), plus fréquente chez les enfants.

Leucémie lymphoïde chronique (LLC)

La leucémie lymphoïde chronique (LLC) est la forme la plus courante de leucémie de l'adulte en Occident. La LLC est considérée comme une maladie des personnes âgées; elle est rarement diagnostiquée avant l'âge de 40 ans (90 % des cas ont plus de 50 ans). La faible incidence de la LLC dans les pays d'Asie semblerait être due à des différences génétiques, plutôt qu'à des facteurs environnementaux.

Une LLC est toujours soupçonnée lorsqu'il y a prolifération anormale des lymphocytes dans le sang, de même que dans la moelle osseuse. Bon nombre de cas de LLC sont diagnostiqués durant une analyse sanguine de routine. Comme les patients atteints d'une LLC débutante sont souvent asymptomatiques et peuvent vivre longtemps sans avoir de besoin de traitement, il est souvent difficile de déterminer à quel moment il faut amorcer un traitement. Par exemple, les cas de LLC indolente de stade peu avancé ou latente ont un taux de survie équivalent à celui d'une population en santé appariée pour l'âge et le sexe. L'histoire naturelle de la LLC peut cependant être extrêmement variable.

Dans les leucémies chroniques, les cellules prennent souvent du temps à se multiplier et sont donc moins sensibles à la

chimiothérapie. On croit cependant en général que la LLC symptomatique (fièvre, perte de poids imprévue, transpiration nocturne abondante et hypertrophie des ganglions lymphatiques) devrait être traité à l'aide d'une thérapie systémique comportant habituellement l'administration d'agents alkylants, parfois associés à des analogues de la purine ou à des anticorps monoclonaux. Les cas plus agressifs et avancés (environ 25 % des cas de LLC) risquent fort d'évoluer rapidement et de survivre moins longtemps.

Rien n'indique que le traitement systémique prolongé soit bénéfique. À cause de l'âge avancé de la plupart des patients souffrant d'une LLC, environ 10 % seulement d'entre eux sont admissibles à une greffe de moelle osseuse. Cette intervention est généralement offerte à ceux qui ont moins de 55 ans. On pense que les patients atteints d'une LLC courent un plus grand risque de développer une deuxième affection maligne, telle qu'un cancer du poumon ou un cancer du tube digestif. La cause la plus fréquente de décès chez les patients souffrant d'une LLC est une infection générale sévère, comme la pneumonie ou la septicémie.

Leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) chez l'enfant

La leucémie est la forme la plus fréquente de cancer infantile, étant à l'origine de 30 % de tous les cas de cancer chez l'enfant. L'incidence de la leucémie augmente chez les enfants porteurs de certaines anomalies chromosomiques. Plus des trois quarts des cas de leucémie infantile sont atteints d'une leucémie aiguë lymphoblastique (LAL). L'incidence de la LAL culmine entre l'âge de trois et six ans et la maladie est plus fréquente chez les garçons. Vingt pour cent des cas souffrent de leucémie aiguë myéloïde et moins de 5 % ont une leucémie myéloïde chronique (la LLC est rarement diagnostiquée chez les enfants).

Les enfants leucémiques sont généralement symptomatiques une à six semaines avant le diagnostic. Les symptômes reflètent le degré d'infiltration de la moelle osseuse par les globules blancs leucémiques. L'anémie et la thrombocytopénie (diminution du nombre de plaquettes) sont observées chez plus des deux tiers des patients; ces troubles entraînent une plus grande fatigabilité, des maux de tête et un malaise de même qu'une tendance aux ecchymoses et aux saignements des gencives et du nez. On observe fréquemment une pâleur de la peau, de la fièvre, une sensibilité osseuse et une hypertrophie des ganglions lymphatiques.

Dans les années 50, lorsqu'une leucémie était diagnostiquée chez un enfant, les options thérapeutiques étaient peu nombreuses et les traitements existants visaient à pallier les symptômes et non à guérir la maladie. Aujourd'hui, grâce à de vastes recherches fondamentales et cliniques, le traitement permet couramment d'obtenir une rémission complète, ce qui implique un retour à la normale des numérations globulaires et de la moelle osseuse. Le « traitement d'induction de la rémission » comprend généralement l'administration de plusieurs agents chimiothérapeutiques, qui peuvent induire une rémission complète en l'espace de quatre semaines. Plus de 90 % des enfants atteints de LAL sont en rémission complète après trois ou quatre semaines de traitement d'induction, comparativement à 60 à 80 % des adultes. Lorsque le traitement est intensif, adéquat et entrepris à temps, plus de 70 % des LAL

infantiles sont maintenant guéris. Les infections, le dysfonctionnement d'organes et la perte de cheveux sont des événements défavorables courants durant le traitement d'induction de la rémission.

Après une rémission complète, on administre une chimiothérapie post-induction à fortes doses, qui vise à détruire toutes les cellules leucémiques restantes dans la moelle osseuse, le système lymphatique ou la circulation sanguine. La chimiothérapie et/ou la radiothérapie à visée prophylactique ciblent systématiquement le système nerveux central; sinon, ce dernier serait le siège fréquent de métastases. Après l'obtention d'une rémission complète, une période de « traitement d'entretien » débute pour éliminer toutes les cellules leucémiques résiduelles et prévenir une récidive. Le traitement d'entretien consiste en divers régimes chimiothérapeutiques et peut durer de deux à quatre ans.

Durant la chimiothérapie d'induction, le nombre de cellules sanguines chute considérablement chez la plupart des patients souffrant d'une fièvre, ce qui nécessite l'administration d'antibiotiques à large spectre et des transfusions de globules rouges et de plaquettes. Malgré l'antibiothérapie et la transfusion de plaquettes à des fins prophylactiques, la chimiothérapie d'induction peut toujours entraîner le décès à la suite d'une infection et d'une hémorragie. Le pronostic en cas d'absence de rémission ou en cas de récidive après une rémission est peu favorable. Environ le tiers des patients dont le cancer récidive connaîtront une seconde rémission, qui est généralement de plus courte durée que la première. Bien qu'elle soit controversée, la greffe de moelle osseuse est souvent tentée chez certains patients en première rémission.

Au moment du diagnostic

Cette section présente le contexte et les descriptions pour 21 états de santé correspondant à la progression et au traitement du cancer. Ces états de santé sont développés à partir des types de cancer présentés dans la section précédente.

Pour les besoins du présent document, la plupart des cancers ont été classés selon leur pronostic probable, de même que la visée thérapeutique. Ces catégories de pronostics sont tirées de *Statistiques canadiennes sur le cancer*[2]. Cette classification repose sur l'hypothèse que les cancers associés à des pronostics similaires auront des effets similaires sur les sujets, pour ce qui est de la limitation de leur capacité fonctionnelle (nous avons inclus des descriptions distinctes pour deux types de leucémie.)

La catégorie pronostique « très bon » (ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas de 30 % ou moins) comprend les cancers suivants : sein, prostate, vessie, testicules, utérus, thyroïde, col utérin, mélanome malin* et maladie de Hodgkin. Ces cancers seraient généralement diagnostiqués à un stade peu avancé (près de 90 % des cancers du sein sont diagnostiqués à un stade peu avancé) et leur traitement aurait une visée curative.

Les cancers assortis d'un pronostic « assez bon » (ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas supérieur à 30 % mais inférieur à 50 %) incluent les sièges suivants : côlon et rectum, rein, cavité buccale et larynx, lymphome non hodgkinien, os et tissu conjonctif**. Ces cancers sont souvent diagnostiqués à un stade plus tardif ou se comportent de façon plus agressive, ce qui réduit les chances de guérison.

Enfin, les cancers classés comme étant de « mauvais pronostic » (ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas de 50 % ou plus) englobent les sièges suivants : poumon, pancréas, estomac, ovaire, encéphale, foie**, vésicule biliaire**, oesophage et myélome multiple. Ces cancers ne sont normalement diagnostiqués que lorsque la maladie a progressé (environ 70 % des cancers du poumon sont diagnostiqués à un stade avancé) et leur traitement a une visée palliative.

Ce système de classification s'applique à la plupart, mais non à l'ensemble, des cancers énumérés ci-dessus. Dans certaines circonstances, des cancers considérés comme « curables » sont diagnostiqués à un stade avancé, mais il existe un traitement très efficace. Par ailleurs, des cancers associés à un « mauvais pronostic » sont parfois diagnostiqués assez tôt pour être soumis à un traitement à visée curative.

La présente section contient des descriptions génériques basées sur une recension de la littérature portant sur les trois cancers les plus fréquents dans chaque groupe pronostique. Les états physiques et psychologiques des patients au moment du diagnostic de la maladie locale ou régionale devraient s'appliquer à tous les cancers dans la catégorie (figurant dans les descriptions). Un état de santé au moment du diagnostic de la maladie métastatique est également décrit.

* Les cancers de la peau autres que les mélanomes sont exclus de cette classification ainsi que des *Statistiques canadiennes sur le cancer* parce qu'on réussit habituellement à les traiter sans hospitalisation et que les méthodes de déclaration varient d'une province à l'autre, ce qui contribue au manque d'uniformité dans l'enregistrement de ces cancers.

** Ces cancers ont été omis dans les *Statistiques canadiennes sur le cancer* et ont été classés d'après les données sur la mortalité du programme Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER)[3].

Cancers avec un très bon pronostic

Description

Cette description s'applique à l'état de santé au moment du diagnostic de la maladie locale ou régionale, avant le début du traitement. Elle décrit les cas diagnostiqués de cancer du sein, de la prostate et de la vessie, mais s'applique également aux cancers de l'utérus, de la thyroïde, du col utérin et des testicules, au mélanome malin et à la maladie de Hodgkin. Les patients rapportent de la dépression, de l'impuissance, des troubles urinaires (cancer de la vessie et de la prostate) et une détérioration des fonctions sexuelles ainsi qu'une estime de soi et une image diminuées. On estime que cette phase dure environ 37 jours[6].

Classification	De base	Complémentaire
	1 1 3 1 1 2	**3 1 1 1 1**

Cancers avec un pronostic assez bon

Description

Cette description s'applique à l'état de santé au moment du diagnostic de la maladie locale ou régionale, avant le début du traitement. Elle décrit les cas diagnostiqués de cancer colorectal, de lymphome non hodgkinien et de cancer du rein, mais s'applique également aux cancers de la cavité buccale, du larynx, des os et du tissu conjonctif. Plusieurs patients ressentent un malaise général, de la fièvre, de la fatigue, une perte de l'appétit et de la résistance, de la détresse psychologique (incluant le stress et l'anxiété) et une détérioration des relations sociales et sexuelles. On estime que cette phase dure environ 37 jours[6,7].

Classification	De base	Complémentaire
	2 2 3 2 1 2	**3 1 1 1 1**

Cancers avec un mauvais pronostic

Description

Cette description s'applique à l'état de santé au moment du diagnostic de la maladie locale ou régionale, avant le début du traitement. Elle décrit les cas diagnostiqués de cancer du poumon, du pancréas et de l'estomac, mais s'applique également aux cancers de l'ovaire, de l'encéphale, de l'œsophage, de la vésicule biliaire et du foie ainsi qu'au myélome multiple. Ces cancers s'accompagnent d'une sévère perte d'appétit, d'une perte de poids, de douleurs diverses (poitrine, abdomen et dos), de fatigue, d'humeur dépressive et d'une réduction du fonctionnement physique. Les patients atteints d'un cancer du poumon souffrent aussi de toux persistante et de dyspnée. On estime que cette phase dure environ 37 jours[6].

Classification	De base	Complémentaire
	2 2 3 2 1 3	**3 1 1 1 1**

Maladie métastatique

Description

Cette description s'applique à toute forme de cancer diagnostiqué après l'apparition de métastases (dissémination dans d'autres parties du corps), ce qu'on appelle généralement la maladie de stade IV. Cette définition s'applique également à tout cancer qui est diagnostiqué initialement à un stade plus précoce, mais qui a métastasé au moment de la récidive.

Bien que la radiothérapie et la chimiothérapie constituent des options thérapeutiques viables pour le traitement de la maladie métastatique, l'objectif thérapeutique est palliatif, plutôt que curatif. Des interventions chirurgicales peuvent être nécessaires pour débloquer l'œsophage, les intestins, la vessie ou d'autres structures anatomiques ou pour réparer des fractures d'os affaiblis par le cancer. Les limites fonctionnelles des patients vivant avec une maladie métastatique dépendront du siège des métastases.

Les patients se plaignent de douleurs assez intenses pour nuire à leurs activités quotidiennes, de même que d'une perte progressive de force et de poids. La tristesse, le chagrin, la dépression sont également fréquents chez les patients souffrant d'une maladie potentiellement mortelle. La fatigue est un effet secondaire grave et incapacitant de la maladie métastatique. De nombreux patients sont confus et ont de la difficulté à se concentrer. De plus, des problèmes de sociabilité, le stress dans les relations de couple et les autres relations et une perturbation directe du fonctionnement sexuel peuvent provoquer une angoisse intense et des sentiments d'impuissance et de désespoir. On estime que cette phase dure environ 37 jours[6].

Classification	De base	Complémentaire
	3 2 4 3 2 3	**4 1 1 1 1**

Cancers avec un très bon pronostic

Description

Cette description s'applique à l'état de santé au moment du diagnostic de la maladie locale ou régionale, avant le début du traitement. Elle décrit les cas diagnostiqués de cancer du sein, de la prostate et de la vessie, mais s'applique également aux cancers de l'utérus, de la thyroïde, du col utérin et des testicules, au mélanome malin et à la maladie de Hodgkin. Les patients rapportent de la dépression, de l'impuissance, des troubles urinaires (cancer de la vessie et de la prostate) et une détérioration des fonctions sexuelles ainsi qu'une estime de soi et une image diminuées. On estime que cette phase dure environ 37 jours[6].

Classification	De base	Complémentaire
	1 1 3 1 1 2	3 1 1 1 1

Cancers avec un pronostic assez bon

Description

Cette description s'applique à l'état de santé au moment du diagnostic de la maladie locale ou régionale, avant le début du traitement. Elle décrit les cas diagnostiqués de cancer colorectal, de lymphome non hodgkinien et de cancer du rein, mais s'applique également aux cancers de la cavité buccale, du larynx, des os et du tissu conjonctif. Plusieurs patients ressentent un malaise général, de la fièvre, de la fatigue, une perte de l'appétit et de la résistance, de la détresse psychologique (incluant le stress et l'anxiété) et une détérioration des relations sociales et sexuelles. On estime que cette phase dure environ 37 jours[6,8].

Classification	De base	Complémentaire
	2 2 3 2 1 2	3 1 1 1 1

Cancers avec un mauvais pronostic

Description

Cette description s'applique à l'état de santé au moment du diagnostic de la maladie locale ou régionale, avant le début du traitement. Elle décrit les cas diagnostiqués de cancer du poumon, du pancréas et de l'estomac, mais s'applique également aux cancers de l'ovaire, de l'encéphale, de l'œsophage, de la vésicule biliaire et du foie ainsi qu'au myélome multiple. Ces cancers s'accompagnent d'une sévère perte d'appétit, d'une perte de poids, de douleurs diverses (poitrine, abdomen et dos), de fatigue, d'humeur dépressive et d'une réduction du fonctionnement physique. Les patients atteints d'un cancer du poumon souffrent aussi de toux persistante et de dyspnée. On estime que cette phase dure environ 37 jours[6].

Classification	De base	Complémentaire
	2 2 3 2 1 3	3 1 1 1 1

Maladie métastatique

Description

Cette description s'applique à toute forme de cancer diagnostiqué après l'apparition de métastases (dissémination dans d'autres parties du corps), ce qu'on appelle généralement la maladie de stade IV. Cette définition s'applique également à tout cancer qui est diagnostiqué initialement à un stade plus précoce, mais qui a métastasé au moment de la récidive.

Bien que la radiothérapie et la chimiothérapie constituent des options thérapeutiques viables pour le traitement de la maladie métastatique, l'objectif thérapeutique est palliatif, plutôt que curatif. Des interventions chirurgicales peuvent être nécessaires pour débloquer l'œsophage, les intestins, la vessie ou d'autres structures anatomiques ou pour réparer des fractures d'os affaiblis par le cancer. Les limites fonctionnelles des patients vivant avec une maladie métastatique dépendront du siège des métastases.

Les patients se plaignent de douleurs assez intenses pour nuire à leurs activités quotidiennes, de même que d'une perte progressive de force et de poids. La tristesse, le chagrin, la dépression sont également fréquents chez les patients souffrant d'une maladie potentiellement mortelle. La fatigue est un effet secondaire grave et incapacitant de la maladie métastatique. De nombreux patients sont confus et ont de la difficulté à se concentrer. De plus, des problèmes de sociabilité, le stress dans les relations de couple et les autres relations et une perturbation directe du fonctionnement sexuel peuvent provoquer une angoisse intense et des sentiments d'impuissance et de désespoir. On estime que cette phase dure environ 37 jours[6].

Classification	De base	Complémentaire
	3 2 4 3 2 3	4 1 1 1 1

Leucémie lymphoïde chronique (LLC)

Description

Cette description s'applique à la leucémie lymphoïde chronique au moment du diagnostic et avant le traitement. De nombreux patients atteints d'une LLC débutante sont asymptomatiques, mais leur maladie peut être détectée durant une analyse sanguine de routine lorsqu'ils consultent pour une infection, de la fatigue ou une lymphadénopathie. Les patients peuvent conserver cet état de santé pendant de longues périodes sans avoir besoin de traitement.

Les patients souffrent de malaise associé à l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et/ou du foie et de la rate, à des infections récurrentes, à la fatigue persistante et aux sueurs nocturnes. En outre, ils peuvent devoir être hospitalisés plus souvent, subir des interventions médicales inconfortables, avoir moins d'interactions sociales, souffrir du stress associé à leur maladie chronique et à la peur de mourir.

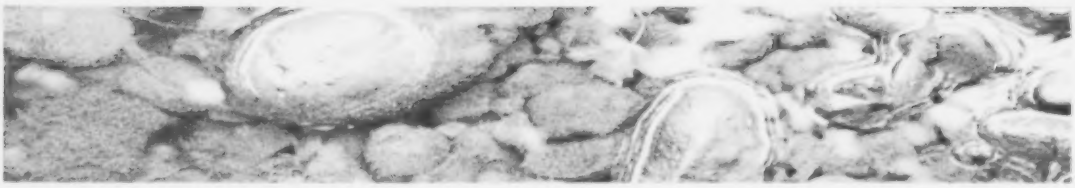
Classification	De base	Complémentaire
	2 2 2 2 1 2	**3 1 1 1 1**

Leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) chez l'enfant

Description

Cette description s'applique à la leucémie aiguë lymphoblastique de l'enfant au moment du diagnostic et avant le traitement. Les enfants souffrant d'une LAL peuvent souffrir de ganglions lymphatiques enflés, d'ecchymoses, de saignements du nez, d'infections et de fièvres fréquentes et d'une transpiration excessive. De plus, ils souffrent souvent de fatigue persistante due à l'anémie de stress émotionel et d'anxiété; ils sont séparés de leur famille lorsqu'ils sont hospitalisés, leurs études peuvent être perturbées et leur vie sociale limitée. Les enfants leucémiques sont généralement symptomatiques une à six semaines avant le diagnostic.

Classification	De base	Complémentaire
	2 3 3 3 1 3	**3 1 1 1 1**



Options thérapeutiques

Lorsque le cancer apparaît, les options thérapeutiques couramment offertes sont la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Celles-ci peuvent être administrées seules ou combinées de différentes façons. L'hormonothérapie est fréquemment utilisée comme traitement en première intention du cancer de la prostate. Le choix du traitement dépend de la taille et de l'emplacement de la tumeur, de l'extension tumorale, de l'âge du patient et de l'état de santé général. Chaque option thérapeutique peut avoir un retentissement sur une capacité fonctionnelle ou sur toutes les capacités fonctionnelles du patient. Le degré de dysfonctionnement dépendra du type de traitement subi et de la capacité d'adaptation du patient.

Ces descriptions s'appliquent à l'état de santé du patient durant un traitement anticancéreux (ou à la suite d'un traitement dans le cas de la chirurgie) et les aspects suivants devraient être pris en considération :

- seul l'impact à court terme du traitement est inclus, par exemple, la description des effets « après la chirurgie » comprend uniquement les trois à cinq semaines suivant l'intervention chirurgicale; les descriptions dans le cas de la radiothérapie et de la chimiothérapie s'appliquent à la période durant laquelle le traitement est administré;

- de nombreux patients bénéficient de plus d'une modalité thérapeutique. Pour comprendre leur état physique et psychologique réel, les effets cumulatifs du diagnostic du cancer de même que de l'administration des diverses thérapies devraient être pris en compte.

Chirurgie

La chirurgie est le traitement anticancéreux le plus fréquemment utilisé et permet de guérir un plus grand nombre de patients que toute autre modalité thérapeutique. Une chirurgie est nécessaire pour déterminer si une tumeur est bénigne ou maligne et pour obtenir des tissus qui aideront à définir le type de cancer et le degré d'extension tumorale au moment du diagnostic. Dans le cas des petites tumeurs localisées et facilement accessibles, une résection (ablation) complète de la tumeur, d'une couronne de tissu autour de la tumeur et peut-être des ganglions lymphatiques avoisinants peut être pratiquée dans une visée curative. Dans le cas des maladies plus avancées, l'ablation totale de l'organe cancéreux peut être nécessaire.

Période suivant la chirurgie pratiquée à l'hôpital

Description

La majorité des interventions chirurgicales pour traiter un cancer sont pratiquées à l'hôpital. Dans le cas des neuf cancers étudiés (autres que la leucémie), les interventions courantes réalisées sont la résection complète ou partielle de l'organe (le suffixe « ectomie » indique qu'il y a résection). Citons la mastectomie ou la tumorectomie pour le cancer du sein, la prostatectomie pour le cancer de la prostate, le cystectomie pour le cancer de la vessie, la colostomie ou la résection du rectum pour le cancer colorectal, la néphrectomie pour le cancer du rein, la gastrectomie pour le cancer de l'estomac, la lobectomie ou la pneumonectomie pour le cancer du poumon et la duodénopancréatectomie pour le cancer du pancréas.

Cette description inclue les effets postopératoires de toute chirurgie qui nécessite un séjour d'au moins une nuit à l'hôpital, l'état dure habituellement de 3 à 5 semaines. Pour bon nombre de patients, l'intervention chirurgicale confirme le diagnostic de cancer, créant de l'incertitude et de l'inquiétude pour l'avenir, non seulement sur le plan de la survie, mais également en ce qui concerne les autres traitements qui peuvent devoir être subis. Les effets secondaires de la chirurgie peuvent être de légers à sévères. Certains patients éprouvent un léger malaise pendant quelques jours, alors que d'autres qui subissent des interventions plus radicales peuvent souffrir d'un malaise et de troubles fonctionnels pendant une plus longue période. Citons quelques effets secondaires courants : problèmes au niveau des bras après une mastectomie pour traiter un cancer du sein; incontinence et/ou impuissance après une chirurgie du cancer de la prostate; difficulté à respirer après l'ablation d'un poumon; ou impact psychologique d'une colostomie après un cancer colorectal. En outre, de nombreux patients atteints d'un cancer du sein, de la prostate, de la vessie ou d'un cancer colorectal ont des problèmes liés à la sexualité et à l'estime de soi après une intervention chirurgicale. En général, la fatigue postopératoire est assez importante et de longue durée.

Classification

De base	Complémentaire
2 3 3 3 1 3	**3 1 1 1 1**

Période suivant la chirurgie pratiquée en consultation externe

Description

La seule intervention chirurgicale généralement pratiquée en consultation externe (ambulatoire) est la tumorectomie ou la chirurgie conservatrice du sein dans le cas des cancers du sein débutants. Les patientes peuvent éprouver de la douleur et un certain malaise (à cause de l'insertion de drains) et des problèmes au niveau du bras après la chirurgie. Elles peuvent être également assez angoissées et incertaines quant aux récidives futures et aux traitements adjuvants potentiels.

Classification	De base	Complémentaire
	2 2 3 2 1 2	**3 1 1 1 1**

Radiothérapie

La radiothérapie utilise les rayonnements intenses d'un accélérateur linéaire ou d'autres appareils de radiothérapie pour léser ou détruire des cellules cancéreuses. L'objectif thérapeutique est de cibler une zone cancéreuse spécifique, tout en réduisant au minimum les dommages causés aux tissus sains environnants. La radiothérapie peut être administrée avant la chirurgie pour rapetisser la tumeur et faciliter l'opération (p. ex. pour le cancer du rectum) ou après la chirurgie comme traitement adjuvant pour réduire la probabilité d'une récidive locale (p. ex. du cancer du sein, après une chirurgie conservatrice du sein). Elle est parfois associée à la chimiothérapie (chimio-irradiation) (p. ex. pour le cancer du poumon localement avancé).

La radiothérapie peut servir à « guérir » certains cancers (radiothérapie radicale), mais elle peut aussi atténuer efficacement les symptômes et améliorer la qualité de vie lorsqu'une « guérison » est impossible. Bien que la radiothérapie soit le plus souvent administrée en consultation externe, l'hospitalisation peut être nécessaire si le patient souffre de maladies concomitantes ou si les sources radioactives sont implantées directement dans la région de la tumeur.

Pendant la radiothérapie curative

Description

La radiothérapie locale radicale ou curative peut être la seule modalité thérapeutique employée pour un certain nombre de cancers potentiellement curables. Elle est généralement administrée à l'hôpital ou dans une clinique cinq jours par semaine pendant cinq semaines ou plus. Les effets secondaires de la radiothérapie dépendent de la dose administrée et de la partie du corps irradiée. Les patients peuvent éprouver un léger malaise et des degrés modérés d'angoisse pendant la radiothérapie. La fatigue semble être l'effet secondaire le plus courant et celui qui a le retentissement le plus profond sur la qualité de vie. Des changements locaux au niveau de la peau (démangeaisons, sensibilité, œdème ou endolorissement), des nausées, des vomissements, de la diarrhée et une ulcération de la zone irradiée peuvent également être observés.

Classification	De base	Complémentaire
	3 2 3 3 1 2	**3 1 1 1 1**

Pendant la radiothérapie palliative

Description

La radiothérapie palliative vise à atténuer la douleur et à améliorer la qualité de vie lorsque le traitement à visée curative a échoué ou n'est pas envisageable. Elle est habituellement administrée à faibles doses et pendant une courte période (moins de quatre semaines); parfois, une seule séance est offerte.

Les patients peuvent éprouver un léger malaise pendant la radiothérapie palliative et la plupart se plaignent de fatigue. Comme ils sont conscients que le traitement n'est pas curatif, ils sont souvent très angoissés et incertains quant à leur avenir et peuvent alors se replier sur eux-mêmes.

Classification	De base	Complémentaire
	2 3 4 4 2 4	**3 1 1 1 1**

Chimiothérapie

La chimiothérapie est le terme utilisé pour décrire l'administration d'une multitude de médicaments qui détruisent les cellules cancéreuses ou en inhibent la croissance. Par opposition à la chirurgie ou à la radiothérapie, la chimiothérapie a une action générale; autrement dit, les médicaments sont habituellement injectés dans une veine et atteignent par la circulation sanguine presque toutes les régions du corps. Les médicaments endommagent les nouvelles cellules qui se forment. Habituellement, les patients reçoivent leurs traitements à des intervalles de trois ou quatre semaines en consultation externe,

p. ex. dans une clinique ou à domicile, souvent sur une période de six mois. À cause des effets toxiques de certaines associations chimiothérapeutiques, un court séjour à l'hôpital peut cependant être nécessaire.

La chimiothérapie peut servir à guérir, à contrôler ou à pallier le cancer. La chimiothérapie pré-opératoire ou néoadjuvante peut aider à réduire la taille et l'extension de la tumeur primaire, faciliter l'excision chirurgicale complète. La chimiothérapie est couramment utilisée comme thérapie adjuvante après un traitement local par chirurgie ou radiothérapie en vue d'éradiquer ou de supprimer une maladie résiduelle minime, d'abaisser le taux de récidive ou d'améliorer la survie. Dans les cas où une guérison est impossible, la chimiothérapie est souvent administrée pour atténuer les symptômes, prolonger la vie et améliorer la qualité de vie.

Selon les médicaments particuliers utilisés, la chimiothérapie peut causer des effets secondaires légers, modérés ou graves. Les réactions les plus courantes, à savoir les nausées et les vomissements, sont maintenant traitées plus efficacement à l'aide d'anti-émétiques (Stemetil, odansétron ou des médicaments apparentés), qui peuvent prévenir ou atténuer ces symptômes. Le type de cancer et le stade au moment du diagnostic déterminent quel état de santé s'applique pour la durée de la chimiothérapie.

Pendant la chimiothérapie (toxicité légère)

Cette description se fonde sur les régimes chimiothérapeutiques utilisés pour traiter le cancer loco-régional du côlon (5-fluoro-uracile [5-FU] associé à l'acide folinique) et le cancer métastatique du pancréas (gemcitabine [Gemzar]).

Lorsque les patients reçoivent des agents chimiothérapeutiques qui ont des effets secondaires légèrement toxiques, ils souffrent généralement de nausées légères (des anti-émétiques sont habituellement administrés), de diarrhée et leur risque d'hospitalisation pour une fièvre ou une déshydratation est relativement faible. La fatigue est un effet secondaire couramment signalé.

La durée du traitement est estimée à six mois.

Classification	De base	Complémentaire
	2 2 3 3 2 3	**3 1 1 1 1**

Pendant la chimiothérapie (toxicité modérée)

Description

Cette description se fonde sur les régimes chimiothérapeutiques utilisés pour traiter le cancer loco-régional et métastatique du sein (régimes à base d'anthracycline), le cancer du poumon (cisplatine associée à d'autres agents), le cancer métastatique de la vessie (gemcitabine associée à la cisplatine), le lymphome non hodgkinien loco-régional (CHOP – cyclophosphamide, doxorubicine [Adriamycin], vincristine [Oncovin] et prednisone, avec ou sans rituximab [Rituxan]), et le cancer métastatique de l'estomac (doxorubicine [Adriamycin] associée à la cisplatine).

Chez les patients recevant des agents chimiothérapeutiques qui ont des effets secondaires modérément toxiques, on observe en général des nausées et des vomissements modérés à sévères (effets qui sont réduits par les anti-émétiques), de la faiblesse, la perte de cheveux, une neuropathie (atteinte des nerfs), un risque d'infection et un risque modéré d'hospitalisation pour une fièvre ou une neuropathie. Les patients signalent un certain nombre d'effets secondaires, notamment inconfort, fatigue et angoisse. Les relations sociales peuvent être perturbées en raison de la diminution du désir sexuel et des sautes d'humeur, et une paresthésie est parfois observée (sensation du toucher anormale, telle que brûlure ou fourmillement dans les doigts ou les orteils), qui fait en sorte que les patients ont de la difficulté à boutonner leurs vêtements ou à lacer leurs souliers.

La durée du traitement est estimée à six mois.

Classification	De base	Complémentaire
	2 2 3 3 2 3	**3 1 1 1 2**

Pendant la chimiothérapie (toxicité importante)

Description

Cette description s'inspire du régime chimiothérapeutique utilisé pour traiter le cancer du côlon métastatique (irinotécan associé au 5-fluoro-uracile et à l'acide folinique), lequel peut nécessiter l'administration d'anti-émétiques, de même que d'anti-diarrhéïques.

Les patients souffrent en général de nausées et de vomissements sévères (ces effets sont atténués par les anti-émétiques) et d'une diarrhée très grave, et risquent d'être hospitalisés pour une fièvre neutropénique et de la déshydratation. Ils peuvent également se plaindre de sensibilité cutanée, de toux, de douleurs musculaires, de lésions graves de la muqueuse buccale, de détresse épigastrique modérée, d'essoufflement (dyspnée), de faiblesse et d'étourdissements. Certains patients présentent une paresthésie au niveau des mains et des pieds. La capacité des patients de maintenir des relations sociales peut être compromise durant l'administration d'agents chimiothérapeutiques qui ont des effets secondaires très toxiques, à cause de la fatigue, de l'angoisse, de la dépression et de l'irritabilité qu'ils causent.

La durée du traitement est estimée à six mois.

Classification	De base	Complémentaire
	2 2 3 3 2 4	**3 1 1 1 2**

Hormonothérapie

Certains types de cancers, notamment la plupart des cancers du sein et de la prostate, sont hormonodépendants, c'est-à-dire qu'ils dépendent des hormones pour se développer. On peut abaisser les taux d'hormones par ablation chirurgicale des organes qui les produisent (testicules ou ovaires) ou avec l'administration de médicaments qui bloquent la production d'hormones ou leurs effets. Cet état de santé est basé sur la thérapie hormonale telle que pratiquée en première intention dans les cas de cancer de la prostate.

Durant l'hormonothérapie

Description

En général, la castration chimique (suppression hormonale) est le traitement type utilisé pour la prise en charge du cancer de la prostate métastatique symptomatique, qui se manifeste habituellement par des douleurs osseuses. Bien que la douleur s'estompe dans la majorité des cas, le traitement provoque d'importants effets secondaires, comme l'impuissance ou la perte du désir sexuel, qui peuvent être temporaires, de longue durée ou permanents. De nombreux hommes présentent également des bouffées de chaleur, une sensibilité mammaire, une perte de la masse musculaire, une fatigue accrue et un gain de poids, qui menacent leur estime de soi et leur masculinité.

Bien que la durée du traitement dépende du stade de la maladie au moment du diagnostic, la durée moyenne est estimée à 3 mois suite à un diagnostic local ou régional et à 18 mois lorsqu'il s'agit d'une maladie métastatique.

Classification	De base	Complémentaire
	1 2 2 3 2 2	2 1 1 1 1

Greffe de moelle osseuse

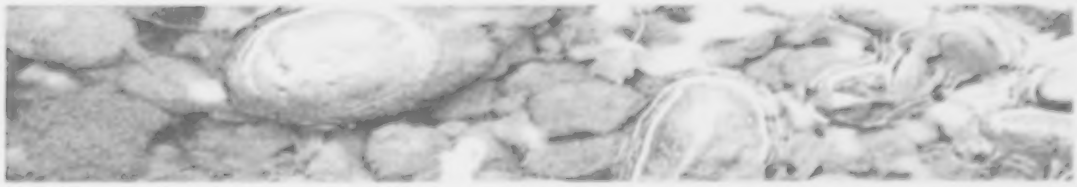
La greffe de moelle osseuse élimine les cellules cancéreuses en faisant appel à la chimiothérapie et/ou la radiothérapie à fortes doses. On récupère ensuite les cellules de la moelle osseuse ou les cellules souches du sang périphérique afin de rétablir la fonction hématologique et immunitaire. L'objectif de la greffe de moelle osseuse est de fournir une population de cellules souches saines qui se spécialiseront en cellules sanguines pour remplacer les cellules défectueuses ou pathologiques de l'hôte. Dans l'autogreffe de moelle osseuse, on utilise la moelle osseuse du patient qui a été purgée de ses cellules cancéreuses par la chimiothérapie et/ou la radiothérapie. Dans la greffe allogénique de moelle osseuse, la moelle osseuse saine d'un donneur compatible est employée.

Après une greffe de moelle osseuse

Description

Cette description s'applique à la période de rétablissement qui suit immédiatement la chirurgie et qui dure de quatre à six semaines. Les deux à trois premières semaines suivant la greffe de moelle osseuse sont critiques, car la prise de la nouvelle greffe prend 10 jours à trois semaines. Durant cette période, les patients n'ont aucune fonction médullaire, ce qui les rend susceptibles à l'infection et vulnérables aux hémorragies. En outre, ils peuvent souffrir d'essoufflement, de respiration sifflante et bruyante, de douleurs lombaires ou dorsales, de fièvre, d'ulcères de la bouche et de diarrhée. Les patients doivent passer de longues périodes à l'hôpital, isolés de leurs amis et de leur famille et en proie à des niveaux de stress élevés.

Classification	De base	Complémentaire
	3 2 2 2 1 3	3 1 1 1 1



États de santé subséquents

Rémission

Les patients sont considérés en rémission après un traitement lorsqu'il n'existe aucun signe clinique de cancer; en général, la rémission désigne la période suivant un traitement. Les patients peuvent demeurer dans cette situation jusqu'à ce qu'ils meurent des suites d'une autre maladie ou ils peuvent connaître une récidive de leur cancer. Pendant qu'ils sont en rémission, les patients ne présentent aucun signe de cancer, mais peuvent éprouver des effets physiques ou psychologiques résiduels, le plus souvent à cause des traitements qu'ils ont reçus. En outre, de nombreux patients « en rémission » vivent avec la crainte d'une récidive. Les définitions qui suivent ont été élaborées à partir des études publiées et se fondent sur les trois cancers les plus fréquents dans chaque groupe pronostique. Les personnes sont souvent soumises à deux ou plusieurs types de traitements et peuvent subir l'effet combiné à long terme des divers traitements.

Rémission après la chirurgie

Description	Cette description inclue ici les effets à long terme d'une chirurgie non associée à une autre forme de traitement. La fatigue, le manque de sommeil et l'insomnie sont des symptômes signalés après la chirurgie. Les patients qui ont besoin d'une chirurgie radicale déclarent souvent être grandement limités dans leurs activités sociales et sexuelles. Les patientes souffrant d'un cancer du sein se plaignent des symptômes suivants : engourdissements, douleurs et œdème du bras touché. Les patients souffrant d'un cancer du poumon se plaignent de dyspnée alors que ceux qui ont subi une chirurgie pour un cancer colorectal ou un cancer de la prostate peuvent éprouver des problèmes intestinaux et/ou vésicaux persistants. Les consultations de surveillance post-thérapeutique peuvent entraîner de l'angoisse et une détresse psychologique.
Classification	De base **2 2 2 2 1 3** Complémentaire **2 1 1 1 1**

Rémission après la radiothérapie

Description

Cette description inclue les effets à long terme de la radiothérapie non associée à une autre forme de traitement. La fatigue chronique et la détresse sont fréquemment signalées après la radiothérapie. Bien que la plupart des effets secondaires soient temporaires, certaines réactions chroniques durables sont permanentes, telles que la formation radio-induite de tissus cicatriciels (p. ex. après le traitement d'un fibrose pulmonaire) ou à l'intérieur de l'abdomen, entraînant une occlusion intestinale. Les patients souffrant d'un cancer de la vessie et de l'intestin se plaignent d'irritation au niveau de la vessie ou de l'intestin tandis que les porteurs d'un cancer rectal peuvent souffrir d'une inflammation du rectum. Il est rare que la radiothérapie puisse mener à l'induction tardive de secondes tumeurs malignes.

Classification	De base	Complémentaire
	2 2 2 3 1 2	2 1 1 1 1

Rémission après la chimiothérapie

Description

Cette description inclue les effets à long terme de la chimiothérapie (quel que soit le degré de toxicité) non associée à une autre forme de traitement. De nombreux patients souffrent de fatigue chronique, d'une perte d'énergie, de troubles du sommeil, de problèmes de mémoire et d'attention. Certaines femmes se plaignent de bouffées de chaleur et d'altérations de l'humeur de même que d'une dysfonction sexuelle (en raison des symptômes ménopausiques, de douleurs durant les relations sexuelles, de leur piètre image corporelle ou d'une baisse de la libido) après la chimiothérapie. Voici quelques autres effets secondaires signalés : problèmes d'emploi et matrimoniaux, perturbations de la vie familiale et angoisse. Les lésions causées à l'appareil reproducteur peuvent entraîner une infertilité de courte ou de longue durée ainsi que des problèmes sexuels chez les hommes comme chez les femmes. Un second cancer peut survenir des années plus tard par suite de l'administration de la chimiothérapie.

Classification	De base	Complémentaire
	2 2 2 2 2 2	2 1 1 1 1

Rémission après l'hormonothérapie

Description

Cette description inclue uniquement les effets à long terme de l'hormonothérapie pour le cancer de la prostate, non associée à une autre forme de traitement. Les patients peuvent souffrir de bouffées de chaleur et de sensibilité mammaire, de fatigue, de léthargie, de perte de la libido et d'impuissance sexuelle, qui peuvent être temporaires, de longue durée ou permanentes.

Classification	De base	Complémentaire
	1 2 2 3 1 2	**2 1 1 1 1**

Récidive

Le cancer peut récidiver après le traitement initial. Nous n'avons pas défini un état spécifique pour décrire les cas de récurrence. Nous présumons qu'un cancer qui récidive soit localement au siège du cancer primitif ou régionalement a des effets semblables sur l'état fonctionnel et affectif du patient que le diagnostic initial. Une récidive de cancer après un « traitement curatif » initial peut toutefois avoir un plus grand retentissement affectif parce que cela veut dire qu'on n'a pas réussi à éradiquer complètement la tumeur. Si le cancer est disséminé dans d'autres parties du corps lors de la récidive, le diagnostic de récidive risque d'avoir beaucoup plus d'impact sur l'état psychologique du patient, vu que la maladie métastatique est considérée comme incurable. Certains patients connaissent plusieurs périodes de rémission et de récidive. C'est particulièrement le cas du cancer du sein métastatique, mais un tel phénomène est de plus en plus courant dans le cas d'autres tumeurs pour lesquelles on dispose de traitements modérément efficaces.

Soins palliatifs et terminaux

Lorsque le cancer est à ce point avancé qu'il est considéré comme incurable, l'approche thérapeutique est dite à visée palliative. L'objectif des soins palliatifs est d'assurer la meilleure qualité de vie possible et d'allonger la survie si possible. On a recours notamment à toute modalité thérapeutique qui atténue la douleur ou augmente le confort et à des services de soutien psychologique, social et spirituel. Bon nombre de patients connaissent une longue période de traitement palliatif durant laquelle leur tumeur est contrôlée (le cancer du sein en est un bon exemple); cependant, la période de soins palliatifs correspond ici aux cinq mois de vie avant la phase des soins terminaux (dernier mois avant le décès). Les soins terminaux visent à fournir des soins de soutien lorsque aucun traitement anti-cancéreux actif n'existe ou ne peut être offert.

Soins palliatifs

Description

Cet état de santé correspond aux cinq mois précédant la phase des soins terminaux. Le bien-être existentiel, physique et psychologique est généralement meilleur après l'admission dans une unité de soins palliatifs. Les patients peuvent éprouver de la douleur et de la fatigue à des degrés divers pendant ces soins, et ressentir les effets secondaires de l'administration de la morphine (constipation, nausées, vomissements, troubles du sommeil, obscurcissement de la conscience et confusion). Bon nombre se plaignent de ne pas pouvoir remplir leur rôle au sein de la famille ni effectuer des tâches ménagères. La tristesse, la douleur, l'angoisse et la dépression sont fréquents de même que les sentiments d'isolement.

Classification	De base	Complémentaire
	3 3 4 3 2 4	**3 1 1 1 3**

Soins terminaux

Description

L'état dans lequel se trouvent les patients durant leur dernier mois de vie ressemble à celui pendant les soins palliatifs, sauf que les limitations fonctionnelles ressenties sont plus sévères, par exemple, de nombreux patients éprouvent une douleur ou un malaise extrêmes durant cette phase. Dans cet état de faiblesse et de fatigue généralisées, les gestes même les plus simples, comme celui de s'alimenter, deviennent difficiles.

« Les dernières semaines de vie sont particulièrement dramatiques, s'accompagnant d'une augmentation de la dépendance, de la faiblesse, de la confusion et d'une incapacité à accomplir les tâches fonctionnelles et personnelles simples, telles que prendre son bain, marcher et contrôler ses sphincters » [Traduction][7].

Classification	De base	Complémentaire
	4 4 4 4 4 4	**3 1 1 1 4**

Références

1. De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg, SA (eds) Cancer: Principles & Practice of Oncology. 4th Edition. Philadelphia (PA): J.B. Lippincott Company; 1993. p. 2449.

2. Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2002. Toronto, Canada, 2002.

3. De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg, SA (eds) Cancer: Principles & Practice of Oncology. 4th Edition. Philadelphia (PA): J.B. Lippincott Company; 1993. p. 1075.

4. Burke MA, Lowrence W, Perczek R. Emotional and cognitive burden of prostate cancer. Urol Clin North Am. 2003; 30(2):295-304.

5. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program (www.seer.cancer.gov) SEER*Stat Database: Incidence - SEER 12 Regs Public-Use, Nov 2002 Sub (1973-2000), National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, released April 2003, based on the November 2002 submission. using Software: Surveillance Research Program, National Cancer Institute SEER*Stat software (www.seer.cancer.gov/seerstat) version 5.0.17.

6. Simunovic M, Gagliardi A, McCready D, Coates A, Levine M, DePetrillo D. A snapshot of waiting times for cancer surgery provided by surgeons affiliated with regional cancer centres in Ontario. CMAJ 2001; 165(4): 421-5

7. De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg, SA (eds) Cancer: Principles & Practice of Oncology. 4th Edition. Philadelphia (PA): J.B. Lippincott Company; 1993. p. 2503.

Les références suivantes ont été utilisées à titre de sources générales pour définir les types de cancers, leurs principaux symptômes et le cours de leur traitement.

Bast RC, Kufe DW, Donald W et al, (eds). Cancer Medicine. 5th Edition. B C Decker Inc; 2000.

De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg, SA (eds) Cancer: Principles & Practice of Oncology. 4th Edition. Philadelphia (PA): J.B. Lippincott Company; 1993.

À moins d'avis contraire, les estimations du nombre de nouveaux cas de cancer et de décès ont été reproduites à partir de :

Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2002. Toronto, Canada, 2002.

Les références suivantes ont été utilisées pour les descriptions des états de santé.

[aucun auteur désigné] Bladder cancer. Harv Mens Health Watch 2002;6(9):3-6.

Agrawal S, Benjamin IS. The patient with stomach cancer. Practitioner 2003; 247(1646):384-8, 390.

Ahles TA, Blanchard EB, Ruckdeschel JC. The multidimensional nature of cancer-related pain. Pain 1983; 17(3):277-288.

Ahles TA, Saykin AJ, Furstenberg CT, Cole B, Mott LA, Skalla K et al. Neuropsychologic impact of standard-dose systemic chemotherapy in long-term survivors of breast cancer and lymphoma. J Clin Oncol 2002; 20(2):485-493.

Aisner J. Management of advanced disseminated breast cancer. In: Moussa A, Schimpff S, Robson M, editors. Comprehensive Textbook of Oncology, Volume One. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991; p. 836-844.

Andersen BL. Sexual functioning morbidity among cancer survivors. Current status and future research directions. Cancer 1985; 55(8):1835-1842.

Anderson H, Palmer MK. Measuring quality of life: impact of chemotherapy for advanced colorectal cancer. Experience from two recent large phase III trials. Br J Cancer 1998; 77 Suppl 2:9-14.:9-14.

Andrykowski MA, Curran SL, Lightner R. Off-treatment fatigue in breast cancer survivors: a controlled comparison. J Behav Med 1998; 21(1):1-18.

Badger TA, Braden CJ, Mishel MH. Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer. Oncol Nurs Forum 2001; 28(3):567-574.

Baird AD, Woolfenden KA, Desmond AD, Fordham MV, Parsons KF. Outcome and survival with nonsurgical management of renal cell carcinoma. BJU Int 2003; 91(7):600-602.

Barton-Burke M, Wilkes GM, Ingwersen KC. Cancer Chemotherapy: A Nursing Process Approach, Third Edition. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publishers; 2001.

Beach P, Siebeneck B, Buderer NF, Ferner T. Relationship between fatigue and nutritional status in patients receiving radiation therapy to treat lung cancer. Oncol Nurs Forum 2001; 28(6):1027-1031.

Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. Chest 2003; 123(1 Suppl):97S-104S.

Berger AM, VonEssen S, Kuhn BR, Piper BF, Agrawal S, Lynch JC et al. Adherence, sleep, and fatigue outcomes after adjuvant breast cancer chemotherapy: results of a feasibility intervention study. Oncol Nurs Forum 2003; 30(3):513-522.

Bergman B, Sullivan M, Sorenson S. Quality of life during chemotherapy for small cell lung cancer. I. An evaluation with generic health measures. Acta Oncol 1991; 30(8):947-957.

Bergman B, Sullivan M, Sorenson S. Quality of life during chemotherapy for small cell lung cancer. II. A longitudinal study of the EORTC Core Quality of Life Questionnaire and comparison with the Sickness Impact Profile. Acta Oncol 1992; 31(1):19-28.

Bergman B, Aaronson NK, Ahmedzai S, Kaasa S, Sullivan M. The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. EORTC Study Group on Quality of Life. Eur J Cancer 1994; 30A(5):635-642.

Berkery R, Baltzer Cleri L, Skarin AT. Oncology Pocket Guide to Chemotherapy, Third Edition. St. Louis (MO): Mosby-Year Book Inc.; 1997.

Billings JA. Outpatient Management of Advanced Cancer: Symptom Control, Support, and Hospice-in-the-Home. Philadelphia (PA): JB Lippincott Company; 1985.

Bisson JI, Chubb HL, Bennett S, Mason M, Jones D, Kynaston H. The prevalence and predictors of psychological distress in patients with early localized prostate cancer. BJU Int 2002; 90(1):56-61.

Black PK, Hyde C. Parents with colorectal cancer: 'What do I tell the children?'. Br J Nurs 2002; 11(10):679-685.

Bliss JM, Robertson B, Selby PJ. The impact of nausea and vomiting upon quality of life measures. Br J Cancer Suppl 1992; 19:S14-22; discussion S23.:S14-S22.

Bosompra K, Ashikaga T, O'Brien PJ, Nelson L, Skelly J. Swelling, numbness, pain, and their relationship to arm function among breast cancer survivors: a disablement process model perspective. Breast J 2002; 8(6):338-348.

Bowles MJ, Benjamin IS. ABC of the upper gastrointestinal tract: Cancer of the stomach and pancreas. BMJ 2001; 323(7326):1413-1416.

Broeckel JA, Jacobsen PB, Horton J, Balducci L, Lyman GH. Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. J Clin Oncol 1998; 16(5):1689-1696.

Bruera E, Russell N, Sweeney C, Fisch M, Palmer JL. Place of death and its predictors for local patients registered at a comprehensive cancer center. J Clin Oncol 2002; 20(8):2127-2133.

Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. Psychosom Med 1984; 46(3):199-212.

Bunn PAJ. Lung Cancer: current understanding of the biology, diagnosis, staging, and treatment. Bristol-Myers Oncology Division; 1991.

Burke MA, Lowrance W, Perczek R. Emotional and cognitive burden of prostate cancer. Urol Clin North Am 2003; 30(2):295-304.

Butler L, Downe-Wamboldt B, Marsh S, Bell D, Jarvi K. Quality of life post radical prostatectomy: a male perspective. Urol Nurs 2001; 21(4):283-288.

Calvo E, Cortes J, Gonzalez-Cao M, Rodriguez J, Aramendia JM, Fernandez-Hidalgo O et al. Combined irinotecan, oxaliplatin and 5-fluorouracil in patients with advanced colorectal cancer. a feasibility pilot study. Oncology 2002; 63(3):254-265.

Carlson K, Beck D. Urinary Bladder Cancer. Ostomy Quarterly 2002; 39(2):40-41.

Carlsson M, Hamrin E. Measurement of quality of life in women with breast cancer. Development of a Life Satisfaction Questionnaire (LSQ-32) and a comparison with the EORTC QLQ-C30. Qual Life Res 1996; 5(2):265-274.

Carmalt HL, Gillett DJ, Lin BP. Early gastric cancer. Aust N Z J Surg 1990; 60(11):865-869.

Carver CS, Pozo Kaderman C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS et al. Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. Cancer 1994; 73:1213-1220.

Cella D, Lai JS, Chang CH, Peterman A, Slavin M. Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United States population. Cancer 2002; 94(2):528-538.

Cerny T, Gillessen S. Advances in the treatment of non-Hodgkin's lymphoma. Ann Oncol 2002; 13 Suppl 4:211-6.:211-216.

Chie WC, Huang CS, Chen JH, Chang KJ. Measurement of the quality of life during different clinical phases of breast cancer. J Formos Med Assoc 1999; 98(4):254-260.

Chirikos TN, Russell-Jacobs A, Jacobsen PB. Functional impairment and the economic consequences of female breast cancer. Women Health 2002; 36(1):1-20.

Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. Psychooncology 2001; 10(2):156-165.

Clark JA, Wray N, Brody B, Ashton C, Giesler B, Watkins H. Dimensions of quality of life expressed by men treated for metastatic prostate cancer. Soc Sci Med 1997; 45(8):1299-1309.

Cleeland CS. Cancer-related symptoms. Semin Radiat Oncol 2000; 10(3):175-190.

Coates A, Gebski V, Bishop JF, Jeal PN, Woods RL, Snyder R et al. Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer. A comparison of intermittent and continuous treatment strategies. N Engl J Med 1987; 317(24):1490-1495.

Cohen SJ, Pinover WH, Watson JC, Meropol NJ. Pancreatic cancer. Curr Treat Options Oncol 2000; 1(5):375-386.

Cohen SR, Leis A. What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective? J Palliat Care 2002; 18(1):48-58.

Conner-Spady B, Cumming C, Nabholtz JM, Jacobs P, Stewart D. Responsiveness of the EuroQol in breast cancer patients undergoing high dose chemotherapy. Qual Life Res 2001; 10(6):479-486.

Coveney E, Weltz CR, Greengrass R, Iglehart JD, Leight GS, Steele SM et al. Use of paravertebral block anesthesia in the surgical management of breast cancer: experience in 156 cases. Ann Surg 1998; 227(4):496-501.

Coward DD. Self-transcendence and emotional well-being in women with advanced breast cancer. Oncol Nurs Forum 1991; 18(5):857-863.

Crawford ED, Wood DP, Petrylak DP, Scott J, Coltman CA, Jr., Raghavan D. Southwest Oncology Group studies in bladder cancer. Cancer 2003; 97(8 Suppl):2099-2108.

Crookes PF. Gastric cancer. Clin Obstet Gynecol 2002; 45(3):892-903.

Daponte D, Robinson MR, Smith PH. Prognostic significance of the symptoms associated with prostatic carcinoma. Eur Urol 1983; 9(5):270-272.

de Haes JC, Curran D, Aaronson NK, Fentiman IS. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years, participating in the EORTC 10850 randomised clinical trial. Eur J Cancer 2003; 39(7):945-951.

DeCosse JJ, Tsioulias GJ, Jacobson JS. Colorectal cancer: detection, treatment, and rehabilitation. CA Cancer J Clin 1994; 44(1):27-42.

DeCosse JJ, Cennerazzo WJ. Quality-of-life management of patients with colorectal cancer. CA Cancer J Clin 1997; 47(4):198-206.

Diaz DL, Oteiza MF, Ciga MA, Aizcorbe M, Cobo F, Trujillo R. Impact of surgical procedure for gastric cancer on quality of life. Br J Surg 2003; 90(1):91-94.

DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM, eds. Pharmacotherapy: A Pathophysiological Approach, Fifth Edition. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2002.

Dodd MJ, Miaskowski C, Paul SM. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. Oncol Nurs Forum 2001; 28(3):465-470.

Dooley WC. Ambulatory breast cancer surgery. Ann Surg Oncol 2000; 7(3):174-175.

Eton DT, Lepore SJ. Prostate cancer and health-related quality of life: a review of the literature. Psychooncology 2002; 11(4):307-326.

Fernandez C, Rosell R, Abad-Esteve A, Monras P, Moreno I, Serichol M et al. Quality of life during chemotherapy in non-small cell lung cancer patients. Acta Oncol 1989; 28(1):29-33.

Ferrell BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in breast cancer. Part II: Psychological and spiritual well-being. Cancer Nurs 1998; 21(1):1-9.

Fielding JW, Ellis DJ, Jones BG, Paterson J, Powell DJ, Waterhouse JA et al. Natural history of "early" gastric cancer: results of a 10-year regional survey. Br Med J 1980; 281(6246):965-967.

Fischer DS, Marsh JC, eds. Cancer Therapy. Boston (MA): GK Hall Medical Publishers; 1982.

Forsberg C, Bjorvell H, Cedermark B. Well-being and its relation to coping ability in patients with colorectal and gastric cancer before and after surgery. Scand J Caring Sci 1996; 10(1):35-44.

Freeman JR, Broshek DK. Assessing cognitive dysfunction in breast cancer: what are the tools? Clin Breast Cancer 2002; 3 Suppl 3:S91-9.:S91-S99.

Fujii Y, Tanaka H, Kawasaki T. Preoperative oral granisetron for the prevention of postoperative nausea and vomiting after breast surgery. Eur J Surg 2001; 167(3):184-187.

Fujisawa M, Isotani S, Gotoh A, Okada H, Arakawa S, Kamidono S. Health-related quality of life with orthotopic neobladder versus ileal conduit according to the SF-36 survey. Urology 2000; 55(6):862-865.

Ganz PA, Coscarelli A, Fred C, Kahn B, Polinsky ML, Petersen L. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. Breast Cancer Res Treat 1996; 38(2):183-199.

Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. J Clin Oncol 1998; 16(2):501-514.

Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. J Clin Oncol 1999; 17(8):2371-2380.

Garnick MB. Prostate cancer: screening, diagnosis, and management. Ann Intern Med 1993; 118(10):804-818.

Genre D, Protiere C, Macquart-Moulin G, Gravis G, Camerlo J, Alzieu C et al. Quality of life of breast cancer patients receiving high-dose-intensity chemotherapy: impact of length of cycles. Support Care Cancer 2002; 10(3):222-230.

Giesler RB, Miles BJ, Cowen ME, Kattan MW. Assessing quality of life in men with clinically localized prostate cancer: development of a new instrument for use in multiple settings. Qual Life Res 2000; 9(6):645-665.

Glimelius B, Graf W, Hoffman K, Pahlman L, Sjoden PO, Wennberg A. General condition of asymptomatic patients with advanced colorectal cancer receiving palliative chemotherapy. A longitudinal study. Acta Oncol 1992; 31(6):645-651.

Graydon JE. Women with breast cancer: their quality of life following a course of radiation therapy. J Adv Nurs 1994; 19(4):617-622.

Greenwald HP, Bonica JJ, Bergner M. The prevalence of pain in four cancers. Cancer 1987; 60(10):2563-2569.

Greimel E, Thiel I, Peintinger F, Cegnar I, Pongratz E. Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. Gynecol Oncol 2002; 85(1):140-147.

Guren MG, Dueland S, Skovlund E, Fossa SD, Poulsen JP, Tveit KM. Quality of life during radiotherapy for rectal cancer. Eur J Cancer 2003; 39(5):587-594.

Handy JR, Jr., Asaph JW, Skokan L, Reed CE, Koh S, Brooks G et al. What happens to patients undergoing lung cancer surgery? Outcomes and quality of life before and after surgery. Chest 2002; 122(1):21-30.

Hann DM, Jacobsen PB, Azzarello LM, Martin SC, Curran SL, Fields KK et al. Measurement of fatigue in cancer patients: development and validation of the Fatigue Symptom Inventory. Qual Life Res 1998; 7(4):301-310.

Hardt J, Filipas D, Hohenfellner R, Egle UT. Quality of life in patients with bladder carcinoma after cystectomy: first results of a prospective study. Qual Life Res 2000; 9(1):1-12.

Harnois C, Malenfant M, Dupont A, Labrie F. Ocular toxicity of Anandron in patients treated for prostatic cancer. Br J Ophthalmol 1986; 70(6):471-473.

Hart S, Skinner EC, Meyerowitz BE, Boyd S, Lieskovsky G, Skinner DG. Quality of life after radical cystectomy for bladder cancer in patients with an ileal conduit, cutaneous or urethral kock pouch. J Urol 1999; 162(1):77-81.

Henningsohn L, Wijkstrom H, Steven K, Pedersen J, Ahlstrand C, Aus G et al. Relative importance of sources of symptom-induced distress in urinary bladder cancer survivors. Eur Urol 2003; 43(6):651-662.

Henningsohn L, Wijkstrom H, Pedersen J, Ahlstrand C, Aus G, Bergmark K et al. Time after surgery, symptoms and well-being in survivors of urinary bladder cancer. BJU Int 2003; 91(4):325-330.

Henry-Amar M. Hodgkin's disease. Treatment sequelae and quality of life. Baillieres Clin Haematol 1996; 9(3):595-618.

Higano CS. Side effects of androgen deprivation therapy: monitoring and minimizing toxicity. Urology 2003; 61(2 Suppl 1):32-38.

Higginson IJ, Hearn J. A multicenter evaluation of cancer pain control by palliative care teams. J Pain Symptom Manage 1997; 14(1):29-35.

Hoffman PC, Mauer AM, Vokes EE. Lung cancer. Lancet 2000; 355(9202):479-485.

Hollen PJ, Gralla RJ, Kris MG, Potanovich LM. Quality of life assessment in individuals with lung cancer: testing the Lung Cancer Symptom Scale (LCSS). Eur J Cancer 1993; 29A Suppl 1:S51-8.:S51-S58.

Hollen PJ, Gralla RJ, Kris MG, Eberly SW, Cox C. Normative data and trends in quality of life from the Lung Cancer Symptom Scale (LCSS). Support Care Cancer 1999; 7(3):140-148.

Holzner B, Kemmler G, Sperner-Unterweger B, Kopp M, Dunser M, Margreiter R et al. Quality of life measurement in oncology—a matter of the assessment instrument? Eur J Cancer 2001; 37(18):2349-2356.

Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Moschen R, Schweigkofler H, Dunser M et al. Quality of life in breast cancer patients—not enough attention for long-term survivors? Psychosomatics 2001; 42(2):117-123.

Hurny C, Bernhard J, Joss R, Schatzmann E, Cavalli F, Brunner K et al. "Fatigue and malaise" as a quality-of-life indicator in small-cell lung cancer patients. The Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK). Support Care Cancer 1993; 1(6):316-320.

Janni W, Rjosk D, Dimpfl TH, Haertl K, Strobl B, Hepp F et al. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-long-term follow-up of a matched-pair analysis. Ann Surg Oncol 2001; 8(6):542-548.

Kaasa S, Mastekaasa A, Thorud E. Toxicity, physical function and everyday activity reported by patients with inoperable non-small cell lung cancer in a randomized trial (chemotherapy versus radiotherapy). Acta Oncol 1988; 27(4):343-349.

Kaiser MH, Barkin J, MacIntyre JM. Pancreatic cancer. Assessment of prognosis by clinical presentation. Cancer 1985; 56(2):397-402.

Kemp C. Terminal Illness: A Guide to Nursing Care, Second Edition. Philadelphia (PA): Lippincott, Williams, and Wilson; 1999.

Kettelman KP. Why give more morphine to a dying patient? Nursing 1999; 29(11):54-55.

Kirsh KL, Passik S, Holtsclaw E, Donaghy K, Theobald D. I get tired for no reason: a single item screening for cancer-related fatigue. J Pain Symptom Manage 2001; 22(5):931-937.

Kissane DW, Clarke DM, Ikin J, Bloch S, Smith GC, Vitetta L et al. Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. Med J Aust 1998; 169(4):192-196.

Knobf MT. Symptoms and rehabilitation needs of patients with early stage breast cancer during primary therapy. Cancer 1990; 66:1392-1401.

Koopman C, Nouriani B, Erickson V, Anupindi R, Butler LD, Bachmann MH et al. Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer. Breast J 2002; 8(6):362-370.

Koukouras D, Spiliotis J, Scopa CD, Dragotis K, Kalfarentzos F, Tzoracoleftherakis E et al. Radical consequence in the sexuality of male patients operated for colorectal carcinoma. Eur J Surg Oncol 1991; 17(3):285-288.

Koyi H, Hillerdal G, Branden E. A prospective study of a total material of lung cancer from a county in Sweden 1997-1999: gender, symptoms, type, stage, and smoking habits. Lung Cancer 2002; 36(1):9-14.

Kuo TT, Ma FC. Symptom distresses and coping strategies in patients with non-small cell lung cancer. Cancer Nurs 2002; 25(4):309-317.

Kyle SM, Isbister WH, Yeong ML. Presentation, duration of symptoms and staging of colorectal carcinoma. Aust N Z J Surg 1991; 61(2):137-140.

Langendijk JA, Aaronson NK, ten Velde GP, de Jong JM, Muller MJ, Wouters EF. Pretreatment quality of life of inoperable non-small cell lung cancer patients referred for primary radiotherapy. Acta Oncol 2000; 39(8):949-958.

Langendijk JA, Aaronson NK, de Jong JM, ten Velde GP, Muller MJ, Slotman BJ et al. Quality of life after curative radiotherapy in Stage I non-small-cell lung cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2002; 53(4):847-853.

Lee F, Patel HR. Kidney cancer: current management guidelines. Hosp Med 2002; 63(4):214-217.

Lee PY, Fletcher WS, Sullivan ES, Vetto JT. Colorectal cancer in young patients: characteristics and outcome. Am Surg 1994; 60(8):607-612.

Leonard RCF, Rodger A, Dixon JM. Metastatic Breast Cancer. BMJ 1994; 309:1501-1504.

Lepor H, Nieder AM, Fraiman MC. Early removal of urinary catheter after radical retropubic prostatectomy is both feasible and desirable. Urology 2001; 58(3):425-429.

Lilleby W, Fossa SD, Waehre HR, Olsen DR. Long-term morbidity and quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing definitive radiotherapy or radical prostatectomy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999; 43(4):735-743.

Litwin MS, Hays RD, Fink A, Ganz PA, Leake B, Brook RH. The UCLA Prostate Cancer Index: development, reliability, and validity of a health-related quality of life measure. Med Care 1998; 36(7):1002-1012.

Long DS. How breast cancer patients choose a treatment method. Radiol Technol 1993; 65:30-33.

Lubbe AS, Krischke NR, Dimeo F, Forkel S, Petermann F. Health-related quality of life and pulmonary function in lung cancer patients undergoing medical rehabilitation treatment. Wien Med Wochenschr 2001; 151(1-2):29-34.

Luoma ML, Hakamies-Blomqvist L, Sjostrom J, Mouridsen H, Pluzanska A, Malmstrom P et al. Physical performance, toxicity, and quality of life as assessed by the physician and the patient. Acta Oncol 2002; 41(1):44-49.

Lutz S, Norrell R, Bertucio C, Kachnic L, Johnson C, Arthur D et al. Symptom frequency and severity in patients with metastatic or locally recurrent lung cancer: a prospective study using the Lung Cancer Symptom Scale in a community hospital. J Palliat Med 2001; 4(2):157-165.

Lynch M, Abrahm J. Ensuring a good death. Cancer Pract 2002; 10 Suppl 1:S33-8.:S33-S38.

Maasilta PK, Rautonen JK, Mattson MT, Mattson KV. Quality of life assessment during chemotherapy for non-small cell lung cancer. Eur J Cancer 1990; 26(6):706-708.

Magee CJ, Shekouh A, Ghaneh P, Neoptolemos JP. Update on pancreatic cancer. Hosp Med 2002; 63(4):200-206.

Manabe T, Miyashita T, Ohshio G, Nonaka A, Suzuki T, Endo K et al. Small carcinoma of the pancreas. Clinical and pathologic evaluation of 17 patients. Cancer 1988; 62(1):135-141.

Marineo G. Untreatable pain resulting from abdominal cancer: new hope from biophysics? JOP 2003; 4(1):1-10.

Mathews A, Ridgeway V, Warren R, Britton P. Predicting worry following a diagnosis of breast cancer. Psychooncology 2002; 11(5):415-418.

Matsuda T, Aptel I, Exbrayat C, Grosclaude P. Determinants of quality of life of bladder cancer survivors five years after treatment in France. Int J Urol 2003; 10(8):423-429.

Maughan TS, James RD, Kerr DJ, Ledermann JA, McArdle C, Seymour MT et al. Comparison of survival, palliation, and quality of life with three chemotherapy regimens in metastatic colorectal cancer: a multicentre randomised trial. Lancet 2002; 359(9317):1555-1563.

McConnell EA. Loosening the grip of intestinal obstructions. Nursing 1994; 24(3):34-41.

McElwain TJ. Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphomas. Br J Hosp Med 1984; 31(1):10-19.

McLachlan SA, Devins GM, Goodwin PJ. Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) as a measure of psychosocial function in breast cancer patients. Eur J Cancer 1998; 34(4):510-517.

Mendoza TR, Wang XS, Cleeland CS, Morrissey M, Johnson BA, Wendt JK et al. The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients: use of the Brief Fatigue Inventory. Cancer 1999; 85(5):1186-1196.

Meyerowitz BE, Desmond KA, Rowland JH, Wyatt GE, Ganz PA. Sexuality following breast cancer. J Sex Marital Ther 1999; 25(3):237-250.

Michael M, Moore MJ. Assessing the impact of chemotherapy on tumor-related symptoms in advanced colorectal cancer. Oncology (Huntingt) 1998; 12(8 Suppl 6):121-128.

Milowsky MI, Nanus DM. Advanced renal cell carcinoma. Curr Treat Options Oncol 2001; 2(5):437-445.

Minardi AJ, Jr., Sittig KM, Zibari GB, McDonald JC. Colorectal cancer in the young patient. Am Surg 1998; 64(9):849-853.

Mock V, Atkinson A, Barsevick A, Cella D, Cimprich B, Cleeland C et al. NCCN Practice Guidelines for Cancer-Related Fatigue. Oncology (Huntingt) 2000; 14(11A):151-161.

Monga U, Kerrigan AJ, Thornby J, Monga TN. Prospective study of fatigue in localized prostate cancer patients undergoing radiotherapy. Radiat Oncol Investig 1999; 7(3):178-185.

Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis CR. Quality of life in lung cancer patients: as an important prognostic factor. Lung Cancer 2001; 31(2-3):233-240.

Mosconi P, Apolone G, Barni S, Secondino S, Sbanotto A, Filiberti A. Quality of life in breast and colon cancer long-term survivors: an assessment with the EORTC QLQ-C30 and SF-36 questionnaires. Tumori 2002; 88(2):110-116.

Myrdal G, Valtysdottir S, Lambe M, Stahle E. Quality of life following lung cancer surgery. Thorax 2003; 58(3):194-197.

Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Kalaidopoulou O, Vlahos L. The families evaluation on management, care and disclosure for terminal stage cancer patients. BMC Palliat Care 2002; 1(1):3.

Newport DJ, Nemeroff CB. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. J Psychosom Res 1998; 45(3):215-237.

Nissen MJ, Swenson KK, Ritz LJ, Farrell JB, Sladek ML, Lally RM. Quality of life after breast carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. Cancer 2001; 91(7):1238-1246.

O'Driscoll M, Corner J, Bailey C. The experience of breathlessness in lung cancer. Eur J Cancer Care (Engl) 1999; 8(1):37-43.

Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Imoto S, Nakano T et al. Factors correlated with fatigue in disease-free breast cancer patients: application of the Cancer Fatigue Scale. Support Care Cancer 2000; 8(3):215-222.

Okuyama T, Tanaka K, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nishiwaki Y et al. Fatigue in ambulatory patients with advanced lung cancer: prevalence, correlated factors, and screening. J Pain Symptom Manage 2001; 22(1):554-564.

Olson K, Tom B, Hewitt J, Whittingham J, Buchanan L, Ganton G. Evolving routines: preventing fatigue associated with lung and colorectal cancer. Qual Health Res 2002; 12(5):655-670.

Osoba D, Zee B, Pater J, Warr D, Kaizer L, Latreille J. Psychometric properties and responsiveness of the EORTC quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) in patients with breast, ovarian and lung cancer. Qual Life Res 1994; 3(5):353-364.

Osoba D, Tannock IF, Ernst DS, Neville AJ. Health-related quality of life in men with metastatic prostate cancer treated with prednisone alone or mitoxantrone and prednisone. J Clin Oncol 1999; 17(6):1654-1663.

Pace KT, Dyer SJ, Stewart RJ, Honey RJ, Poulin EC, Schlachta CM et al. Health-related quality of life after laparoscopic and open nephrectomy. Surg Endosc 2003; 17(1):143-152.

Pandey M, Singh SP, Behere PB, Roy SK, Singh S, Shukla VK. Quality of life in patients with early and advanced carcinoma of the breast. Eur J Surg Oncol 2000; 26(1):20-24.

Pargeon KL, Hailey BJ. Barriers to effective cancer pain management: a review of the literature. J Pain Symptom Manage 1999; 18(5):358-368.

Parramore JB, Wei JP, Yeh KA. Colorectal cancer in patients under forty: presentation and outcome. Am Surg 1998; 64(6):563-567.

Pashos CL, Botteman MF, Laskin BL, Redaelli A. Bladder cancer: epidemiology, diagnosis, and management. Cancer Pract 2002; 10(6):311-322.

Pasini F, Pelosi G, Valduga F, Durante E, de Manzoni G, Zaninelli M et al. Late events and clinical prognostic factors in stage I non small cell lung cancer. Lung Cancer 2002; 37(2):171-177.

Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. J Clin Oncol 1998; 16(4):1594-1600.

Penson DF. Quality of life following prostate cancer treatments. Curr Urol Rep 2000; 1(1):71-77.

Penson DF, Litwin MS. The physical burden of prostate cancer. Urol Clin North Am 2003; 30(2):305-313.

Persson L, Hallberg IR, Ohlsson O. Survivors of acute leukaemia and highly malignant lymphoma—retrospective views of daily life problems during treatment and when in remission. J Adv Nurs 1997; 25(1):68-78.

Pierce SM, Harris JR. Radiation therapy to the breast: practical aspects. J Am Med Wom Assoc 1992; 47:174-7, 187.

Plataniotis GA, Kouvaris JR, Dardoufas C, Kouloulias V, Theofanopoulou MA, Vlahos L. A short radiotherapy course for locally advanced non-small cell lung cancer (NSCLC): effective palliation and patients' convenience. Lung Cancer 2002; 35(2):203-207.

Polinsky ML. Functional status of long-term breast cancer survivors: demonstrating chronicity. Health Soc Work 1994; 19(3):165-173.

Potosky AL, Legler J, Albertsen PC, Stanford JL, Gilliland FD, Hamilton AS et al. Health outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: results from the Prostate Cancer Outcomes Study. J Natl Cancer Inst 2000; 92(19):1582-1592.

Prucha EJ. Cancer Sourcebook. Detroit (MI): Omnigraphics Inc.; 2000.

Purushotham AD, McLatchie E, Young D, George WD, Stallard S, Doughty J et al. Randomized clinical trial of no wound drains and early discharge in the treatment of women with breast cancer. Br J Surg 2002; 89(3):286-292.

Quesnel C, Savard J, Simard S, Ivers H, Morin CM. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer. J Consult Clin Psychol 2003; 71(1):189-200.

Radice D, Redaelli A. Breast cancer management : quality-of-life and cost considerations. Pharmacoeconomics 2003; 21(6):383-396.

Richer MC, Ezer H. Living in it, living with it, and moving on: dimensions of meaning during chemotherapy. Oncol Nurs Forum 2002; 29(1):113-119.

Rietman JS, Dijkstra PU, Hoekstra HJ, Eisma WH, Szabo BG, Groothoff JW et al. Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review. Eur J Surg Oncol 2003; 29(3):229-238.

Rothchild E. Family dynamics in end-of-life treatment decisions. Gen Hosp Psychiatry 1994; 16(4):251-258.

Sarna L, Brecht ML. Dimensions of symptom distress in women with advanced lung cancer: a factor analysis. Heart Lung 1997; 26(1):23-30.

Sarna L, Padilla G, Holmes C, Tashkin D, Brecht ML, Evangelista L. Quality of life of long-term survivors of non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol 2002; 20(13):2920-2929.

Schag CA, Ganz PA, Polinsky ML, Fred C, Hirji K, Petersen L. Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. J Clin Oncol 1993; 11(4):783-793.

Schagen SB, van Dam FS, Muller MJ, Boogerd W, Lindeboom J, Bruning PF. Cognitive deficits after postoperative adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. Cancer 1999; 85(3):640-650.

Schmidt JD. The patient, disease status, and treatment options for prostate cancer: stages D1 and D2. Prostate 1983; 4(5):493-501.

Schow DA, Renfer LG, Rozanski TA, Thompson IM. Prevalence of hot flushes during and after neoadjuvant hormonal therapy for localized prostate cancer. South Med J 1998; 91(9):855-857.

Scieszka M, Zielinski M, Machalski M, Herman ZS. Quality of life in cancer patients treated by chemotherapy. Neoplasma 2000; 47(6):396-399.

Seidman AD. Monotherapy options in the management of metastatic breast cancer. Semin Oncol 2003; 30(2 Suppl 3):6-10.

Sestini AS, Pakenham KI. Cancer of the prostate: A biopsychosocial review. Journal of Psychosocial Oncology 2000; 18(1):17-38.

Shahrudin MD, Noori SM. Cancer of the colon and rectum in the first three decades of life. Hepatogastroenterology 1997; 44(14):441-444.

Sousa-Escandon A, Vazquez S, Quintero-Aldana G, Picallo JA, Neira J, Garcia-Novio F et al. Neo-adjuvant treatment of infiltrating transitional-cell carcinoma of the bladder with paclitaxel and cisplatin: a phase II trial. Int J Urol 2002; 9(3):162-166.

Spiegel D. Cancer and depression. Br J Psychiatry Suppl 1996;(30):109-116.

Sprangers MA, Taal BG, Aaronson NK, te Velde A. Quality of life in colorectal cancer. Stoma vs. nonstoma patients. Dis Colon Rectum 1995; 38(4):361-369.

Sridhar KS, Bounassi MJ, Raub W, Jr., Richman SP. Clinical features of adenosquamous lung carcinoma in 127 patients. Am Rev Respir Dis 1990; 142(1):19-23.

Stein W, Farina A, Gaffney K, Lundeen C, Wagner K, Wachtel T. Characteristics of colon cancer at time of presentation. Fam Pract Res J 1993; 13(4):355-363.

Stone P, Hardy J, Huddart R, A'Hern R, Richards M. Fatigue in patients with prostate cancer receiving hormone therapy. Eur J Cancer 2000; 36(9):1134-1141.

Stone P, Richards M, A'Hern R, Hardy J. Fatigue in patients with cancers of the breast or prostate undergoing radical radiotherapy. J Pain Symptom Manage 2001; 22(6):1007-1015.

Stubbs RS, Long MG. Symptom duration and pathologic staging of colorectal cancer. Eur J Surg Oncol 1986; 12(2):127-130.

Sullivan BA, McKinnis R, Laufman LR. Quality of life in patients with metastatic colorectal cancer receiving chemotherapy: a randomized, double-blind trial comparing 5-FU versus 5-FU with leucovorin. Pharmacotherapy 1995; 15(5):600-607.

Svedlund J, Sullivan M, Sjodin I, Liedman B, Lundell L. Quality of life in gastric cancer prior to gastrectomy. Qual Life Res 1996; 5(2):255-264.

Tanaka K, Akechi T, Okuyama T, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Impact of dyspnea, pain, and fatigue on daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. J Pain Symptom Manage 2002; 23(5):417-423.

Tanaka K, Akechi T, Okuyama T, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Factors correlated with dyspnea in advanced lung cancer patients: organic causes and what else? J Pain Symptom Manage 2002; 23(6):490-500.

Tanaka K, Akechi T, Okuyama T, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Prevalence and screening of dyspnea interfering with daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. J Pain Symptom Manage 2002; 23(6):484-489.

Theodossiou C, Schwarzenberger P. Non-Hodgkin's lymphomas. Clin Obstet Gynecol 2002; 45(3):820-829.

Thybusch-Bernhardt A, Schmidt C, Kuchler T, Schmid A, Henne-Bruns D, Kremer B. Quality of life following radical surgical treatment of gastric carcinoma. World J Surg 1999; 23(5):503-508.

Trachtenberg J. Innovative approaches to the hormonal treatment of advanced prostate cancer. Eur Urol 1997; 32 Suppl 3:78-80.

Trippoli S, Vaiani M, Lucioni C, Messori A. Quality of life and utility in patients with non-small cell lung cancer. Quality-of-life Study Group of the Master 2 Project in Pharmacoeconomics. Pharmacoeconomics 2001; 19(8):855-863.

Vainio A, Auvinen A. Prevalence of symptoms among patients with advanced cancer: an international collaborative study. Symptom Prevalence Group. J Pain Symptom Manage 1996; 12(1):3-10.

Valente SM, Saunders JM, Cohen MZ. Evaluating depression among patients with cancer. Cancer Pract 1994; 2(1):65-71.

Vinokur AD, Threatt BA, Caplan RD, Zimmerman BL. Physical and psychosocial functioning and adjustment to breast cancer. Long-term follow-up of a screening population. Cancer 1989; 63(2):394-405.

Wai CY, Miller DS. Urinary bladder cancer. Clin Obstet Gynecol 2002; 45(3):844-854.

Waldman AR. Understanding non-Hodgkin's lymphomas. Clin J Oncol Nurs 2003; 7(1):93-96.

Wang H, Huang E, Dale W, Campbell T, Ignacio L, Kopnick M et al. Self-assessed health-related quality of life in men who have completed radiotherapy for prostate cancer: instrument validation and its relation to patient-assessed bother of symptoms. Int J Cancer 2000; 90(3):163-172.

Wayne MS, Cath A, Pamies RJ. Colorectal cancer. A practical review for the primary care physician. Arch Fam Med 1995; 4(4):357-366.

Webster K, Cella D. Quality of life in patients with low-grade non-Hodgkin's lymphoma. Oncology (Huntingt) 1998; 12(5):697-714.

Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, Emanuel EJ. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. Lancet 2001; 357(9265):1311-1315.

Whelan TJ, Levine M, Julian J, Kirkbride P, Skingley P. The effects of radiation therapy on quality of life of women with breast carcinoma: results of a randomized trial. Ontario Clinical Oncology Group. Cancer 2000; 88(10):2260-2266.

Winningham ML, Nail LM, Burke MB, Brophy L, Cimprich B, Jones LS et al. Fatigue and the cancer experience: the state of the knowledge. Oncol Nurs Forum 1994; 21(1):23-36.

Wolberg WH, Romsaas EP, Tanner MA, Malec JF. Psychosexual adaptation to breast cancer surgery. Cancer 1989; 63(8):1645-1655.

Wong K, Henderson IC. Management of metastatic breast cancer. World J Surg 1994; 18(1):98-111.

Les sites Web suivant ont également été consultés :

American Cancer Society
http://www.cancer.org

BC Cancer Agency
http://www.bccancer.bc.ca

Cancer Care Ontario
http://www.cancercare.on.ca

Johns Hopkins
http://www.hopkinsmedicine.org

Mayo Clinic
http://www.mayoclinic.com

Medicine Online
http://www.meds.com

National Cancer Institute
http://www.nci.nih.gov

National Library of Medicine
http://www.nlm.nih.gov